



Universidade NOVA de Lisboa, Portugal.

NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas.

World Health Organization , Department of Mental Health and Substance Dependence.

“Factores asociados a logro terapéutico, en tratamientos modalidad residencial, para adolescentes con trastorno por usos de sustancia que han cometido infracción de ley: Recomendaciones para el diseño de intervenciones residenciales”

Elsa Lorena Peralta Oros.

Tesis candidatura a “Master in Mental Health Policy and Services”

Profesor guía: Graça Cardoso, MD, PhD

Marzo 2018.

Dedicatoria

“A todas las niñas, niños y adolescentes y sus familias, en situación de vulneración de derechos, donde la problemática del consumo de sustancias, es una más, de múltiples dificultades, que nos cuesta visualizar, integrar y apoyar”.

Agradecimientos:

A mi marido, gran compañero y mejor padre, Gonzalo Soto. Simplemente sin su amor, aliento y apoyo, nada de esto sería posible. A nuestras hijas, Alicia y Amalia, hoy de dos y cuatro años, que han sido mi gran motor de cambio y perseverancia.

A mis padres, por el amor infinito entregado y la confianza. A mis hermanas Karen y Valentina por la paciencia. A mi suegra Marcia por estar, siempre.

A mis compañeros y compañeras de trabajo en SENDA y todos (as) aquellas personas que trabajan en esta institución, por el espíritu motivador que transmiten al realizar un trabajo muy difícil, pero lo hacen con tremenda generosidad, valentía y convicción. En especial al Claudia Quinteros, Jorge Iglesias y el equipo de tratamiento del Residencial La Roca, de La Unión, que han contribuido con este proyecto e innovan desde la convicción y el amor por lo que hacen. A Rodrigo Portilla, quien siempre me apoyó y motivó en este proceso, con la generosidad de quien busca lo mejor para las personas a quienes servimos, nuestros usuarios (as) y sus familias.

A mi profesora guía Graça Cardoso, por su enorme generosidad, acompañamiento, empatía y compromiso con el proyecto. A mis profesores Alberto Minoletti, Rubén Alvarado y Rafael Sepúlveda, quienes, desde el trabajo en docencia y salud mental pública, son una fuente constante de admiración y orgullo, trabajan día a día para contribuir al bienestar de las personas. A los profesores Benedetto Saraceno y José Miguel Caldas de Almeida, por hacernos partícipe de este cambio de paradigmas y por liderar los cambios que los sistemas de salud mental requieren para avanzar en satisfacer las enormes brechas de salud mental global.

A mis compañeras y compañero de master, Isadora Souza, June Scafuto y Pablo Moreira, quienes me apoyaron y cuidaron de mí al enfermar, estando embarazada y lejos de mi país.

Infinitamente Agradecida.

Resumen

El diseño de servicios para tratamiento de adolescentes con Trastorno por Uso de Sustancias (TUS), y en particular las modalidades de tratamiento residencial, sigue siendo un desafío actual.

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue analizar los factores asociados al logro terapéutico de los tratamientos modalidad residencial para adolescentes que han cometido infracción de ley con Trastorno por Uso de Sustancias del Servicio Nacional para la Prevención y rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) y con ello, proponer sugerencias para el diseño de este tipo de programas.

Metodología: Se diseñó una metodología de investigación de cohorte retrospectivo. Se utilizó un análisis estadístico de datos secundarios del Sistema de información y gestión de tratamiento (SISTRAT), de procesos residenciales completos entre 2013 y 2017. Para analizar los factores asociados al logro terapéutico se aplicaron pruebas de regresión logística (p value $<0,05$).

Resultados: Se incluyeron 1.115 tratamiento de modalidad residencial en los 5 años considerados, en que se encontraron el 50,49% con logro terapéutico mínimo, un 37,94% logro intermedio y un 11,57% logro alto. Entre los factores que influyen en el logro terapéutico son el mayor número de días que se mantienen en tratamiento, así como el origen voluntario de ingreso a tratamiento lo que aumenta en más de tres veces la probabilidad de tener un logro alto al egreso o egresar por alta terapéutica.

Discusión: Los resultados muestran un número importante de adolescentes con logros mínimos y solo una pequeña proporción de logros altos. Estos resultados pueden ser un aporte debido a la escasa evidencia de resultados de este tipo de modalidad de tratamiento en adolescentes. Asimismo, los factores asociados a los logros terapéuticos observados son congruentes con estudios internacionales, en particular la relación entre días de tratamiento y adherencia con mejores resultados del proceso terapéutico de la modalidad.

Conclusiones: Se sugiere un diseño de servicio centrado en las necesidades de los y las adolescentes, en el marco de un proceso terapéutico en red, con tránsito en diferentes modalidades de acuerdo a las necesidades únicas de atención levantadas desde un plan de intervención individual desarrollado con la participación del usuario (a) y su familia.

Palabras claves: Tratamiento Residencial, Abuso de sustancias, Adolescentes, Resultados de tratamiento, adolescentes infractores.

Resumo

O desenho do serviço para tratamento de adolescentes com Transtorno por Uso de Sustâncias (TUS), e especificamente as modalidades de um tratamento residencial, ainda representam um desafio.

Objetivos: O objetivo desta pesquisa foi a análise dos fatores associados aos benefícios terapêuticos dos tratamentos residenciais em adolescentes com transtorno por uso de substâncias e que, ademais, infringiram a lei, realizados no serviço nacional para a prevenção e reabilitação do consumo de drogas e álcool do Chile¹, para propor sugestões para o desenho deste tipo de programa.

Metodologia: Desenhou-se uma metodologia de coorte retrospectivo. Utilizou-se uma análise estatística de dados secundários dados pelo sistema de informação e gestão de tratamento no Chile² de todos os tratamentos residenciais em adolescentes com transtorno por uso de substâncias realizados entre 2013 e 2017. Para analisar os fatores associados aos benefícios terapêuticos se aplicou umas provas de regressão logística (p value <0,05).

Resultados: Nos 5 anos considerados se incluíram 1.115 tratamentos na modalidade residencial, nos quais o 50,49% obteve um benefício terapêutico mínimo, o 37,94% um benefício terapêutico intermédio e um 11,57% um benefício terapêutico alto. Dentro dos fatores que influem no benefício terapêutico se encontra a quantidade de dias em que o usuário se manteve no tratamento, assim como o caráter voluntário do seu ingresso. Estes dois fatores podem aumentar mais de três vezes a probabilidade de ter um benefício alto quando o usuário conclui o tratamento ou quando ele é dado de alta terapêutica.

Discussão: Os resultados mostram um número importante de adolescentes com benefícios terapêuticos mínimos e só uma pequena proporção de adolescentes com benefícios terapêuticos altos. Estes resultados são uma contribuição no desenho de tratamento de adolescentes com transtorno por uso de substâncias na modalidade residencial dado que os fatores que influem no resultado deste tipo de tratamento eram pouco evidentes. Os fatores associados aos benefícios terapêuticos observados nesta pesquisa são congruentes com os de

¹ O “Servicio Nacional para la Prevención y rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol” (SENDA) é...

² O “Sistema de información y gestión de tratamiento” (SISTRAT) é...

pesquisas internacionais, em particular a relação entre a quantidade de dias de tratamento e a motivação do adolescente e, por outro lado, a obtenção de altos benefícios terapêuticos.

Conclusão: Sugere-se um desenho de serviço focalizado nas necessidades dos adolescentes dentro do contexto de um processo terapêutico em rede que possibilita que eles possam transitar por diferentes modalidades de tratamento de acordo às necessidades particulares de cada um deles. Estas necessidades devem ser previamente identificadas desde um plano de intervenção individual que contempla a participação do usuário e da sua família.

Palavras-chaves: Tratamento residencial, abuso de substância, adolescentes, resultados de tratamento, adolescentes infratores.

Summary

The design of services for the treatment of adolescents with Substance Use Disorder (SUD), and in particular residential treatment modalities, continues to be a current challenge.

Objectives: The objective of this study was to analyze the factors associated with the therapeutic achievement of residential treatment for adolescents who have committed a law violation with Substance Use Disorder of the National Service for the Prevention and Rehabilitation of Drug and Alcohol Consumption (SENDA) and with it, propose suggestions for the design of this type of programs.

Methodology: A retrospective cohort research methodology was designed. We used a statistical analysis of secondary data from the Information and Treatment Management System (SISTRAT), of complete residential processes between 2013 and 2017. To analyze the factors associated with therapeutic achievement, logistic regression tests were applied (p value <0.05).

Results: 1,115 residential modality treatments were included in the 5 years considered, in which 50.49% were found with minimal therapeutic achievement, 37.94% intermediate achievement and 11.57% high achievement. Among the factors that influence the therapeutic achievement are the greatest number of days that remain in treatment, as well as the voluntary origin of admission to treatment, which increases by more than three times the probability of having a high achievement at graduation or be discharged.

Discussion: The results show a significant number of adolescents with minimal achievements and only a small proportion of high achievements. These results can be a contribution due to the scarce evidence of results of this type of treatment modality in adolescents. Likewise, the factors associated with the therapeutic achievements observed are consistent with international studies, in particular the relationship between days of treatment and adherence with better results of the therapeutic process of the modality.

Conclusions: We suggest a service design focused on the needs of adolescents, within the framework of a therapeutic network process, with transit in different modalities according to the unique needs of care raised from an individual intervention plan developed with the participation of the user and his family.

Key words: Residential Treatment, substance abuse, adolescents, treatment results, adolescent offenders.

Lista de Abreviaciones:

SENDA: Servicio Nacional para la Prevención y rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.

TUS: Trastorno por uso de sustancias.

NNA: Niños, niñas y adolescentes.

UHCIP: Unidad de hospitalización de cuidados intensivos en psiquiatría.

CONACE: Concejo nacional para el control de estupefacientes.

SISTRAT: Sistema de Información y Gestión de Tratamiento

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5° Edition.

CBPS: Compromiso biopsicosocial.

Índice

INTRODUCCIÓN	14
MARCO TEORICO	20
Servicios de tratamiento para adolescentes con trastorno por uso de sustancias	20
Descripción de la modalidad residencial	21
Desafíos de los tratamiento con modalidad residencial.....	23
Mantención de resultados de tratamiento	27
OBJETIVOS	32
METODOLOGÍA.....	33
RESULTADOS	37
DISCUSIÓN.....	45
RECOMENDACIONES	50
CONCLUSIONES.....	61
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	63.

Lista de Tablas

Tabla 1: Caracterización de usuarios/as en tratamiento	18
Tabla 2 Variables incluidas	34
Tabla 3: Descripción de variables	35
Tabla 4: Frecuencia de consumo y logro terapéutico	41
Tabla 5: Origen del usuario (a) y evaluación de proceso terapéutico	41
Tabla 6: Motivo de egreso y logro terapéutico.	42
Tabla 7: Tratamientos previos y logro terapéutico.	42
Tabla 8: Regresión logística: Variable dependiente logro terapéutico, variable independiente origen de ingreso (usuario), días de tratamiento, número de tratamientos previos, edad y sexo.....	43
Tabla 9: Regresión logística: Variable dependiente egreso alta terapéutica, variable independiente; origen de usuario, días de tratamiento, número de tratamientos previos, edad y sexo.	44

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Distribución de usuarios (as) por edad de ingreso a programa	38
Gráfico 2: Motivo de egreso de los usuarios (as) en tratamiento	38
Gráfico 3: Distribución de sustancia principal que motiva ingreso a tratamiento.....	39
Gráfico 4: Frecuencia de consumo al ingreso de tratamiento	39
Gráfico 5: Evaluación general de los procesos terapéuticos al egreso de los usuarios (as).	40
Gráfico 6: Distribución de días de tratamiento por programa modalidad residencial.....	40

INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol y otras drogas por parte de los adolescentes sigue siendo un importante problema de salud pública. Según la encuesta anual de adolescentes de la Universidad de Michigan, Estados Unidos, en todo el país, casi el 70% de los estudiantes ha probado el alcohol, la mitad ha consumido una droga ilegal (principalmente marihuana), casi el 40% ha fumado un cigarrillo y más del 20% ha usado un medicamento recetado para un propósito no médico (Winters, 2014). En Chile, el “XII Estudio de consumo de drogas en población general” dado a conocer en diciembre 2017, que incluye a personas 12 a 65 años, muestra una prevalencia mensual de consumo de alcohol de 46%, diario de tabaco de 21,2% y anuales de 14,5% marihuana, 1,1% de cocaína y 0,4% para pasta base (SENDA, 2017).

El manual de diagnóstico y estadística, DSM-5, define la adicción como “una enfermedad primaria, crónica y neurobiológica con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen en sus manifestaciones. Se caracteriza por conductas que incluyen uno o más de los problemas en el control en el uso de drogas, uso compulsivo, uso continuado a pesar de daño y craving” (Thomasius, Sack, Strittmatter, Kaess, 2014).

En Chile, la entidad de gobierno que es responsable de elaborar las políticas de prevención del consumo de drogas y alcohol, como también el tratamiento, rehabilitación e integración social de las personas afectadas, es el Servicio Nacional para la Prevención y rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA, ex CONACE), servicio que depende del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

El área de tratamiento de SENDA, cuenta con diferentes modalidades de tratamiento para aquellos niños, niñas y adolescentes (NNA) con trastornos por el uso de alcohol y otras drogas, actualmente Trastorno por Uso de Sustancias, de acuerdo a su nivel de consumo y de compromiso biopsicosocial. Esto es consistente con lo propuesto por la literatura, en tanto provee una oferta de servicios organizada por niveles de atención. Entre estas ofertas se encuentran: Plan Ambulatorio Básico, Plan Ambulatorio Intensivo, Plan Residencial y Plan de Atención en Unidad de Corta estadía (CONACE, 2010):

- a) Plan Ambulatorio Básico: Cuyo propósito es ofrecer una primera asistencia terapéutica, oportuna y adecuada, de moderada complejidad e intensidad, a adolescentes que presentan consumo problemático de drogas.
- b) Plan Ambulatorio Intensivo: Cuyo propósito es ofrecer una oportuna y adecuada asistencia terapéutica de alta complejidad e intensidad, a adolescentes que presentan consumo problemático de drogas, y que no han logrado suficiente eficacia en modalidad de moderada intensidad debido al perfil del sujeto y/o su familia, o bien, acaban egresar de una intervención residencial.
- c) Plan Residencial: En esta modalidad se ubican los programas destinados al individuo con consumo problemático de sustancias para los cuales se ofrece un ambiente terapéutico altamente estructurado. Esta modalidad de tratamiento, por lo general, es considerada como la más apropiada para individuos con importante consumo de sustancias y con una alta probabilidad de recaer en el uso de éstas, sino tienen supervisión estrecha en un ambiente de adecuado apoyo. El propósito de esta modalidad es ofrecer una asistencia terapéutica residencial de alta complejidad e intensidad, a niños, niñas y adolescentes, que presentan consumo problemático de drogas y un alto compromiso biopsicosocial, pudiendo ser considerado por la modalidad ambulatoria como la mejor opción, o bien, para finalizar un proceso de desintoxicación residencial.

Se estima una duración aproximada de 12 meses, permanencia de 7 días, jornada terapéutica de 5 a 8 horas cada día y una concentración de intervenciones diarias no menor a 5 (incorpora permisos fines de semana u otros similares cuando corresponda, lo que implica permanencia en el centro variable según la etapa del tratamiento en que se encuentre).

- d) Plan de Atención en Unidad de Corta Estadía (actualmente UHCIP): Los cuales ofrecen servicios residenciales a pacientes intoxicados en alto riesgo de recaída y/o sufriendo un síndrome de abstinencia que requieren de un ambiente terapéutico altamente estructurado y con supervisión clínica continua, las 24 horas del día. Esta modalidad de servicios, persigue aliviar los síntomas de abstinencia y el retiro de sustancias, reducir el deseo urgente del uso de éstas, normalizar el balance bioquímico del cuerpo, las funciones fisiológicas, normalizando paulatinamente y de manera menos intensa, las funciones

cognitivas, emocionales y sociales. Los servicios son prestados por un equipo clínico adecuadamente entrenado en los procesos de desintoxicación asistida, con el uso de fármacos. Enmarcada en un contexto institucional de protección, contención y facilitación de su desarrollo integral. Su propósito es ofrecer asistencia terapéutica de alta intensidad y complejidad, a niños, niñas y adolescentes que presentan síndromes de dependencia y/o síndrome de abstinencia, por tanto, que requieran de un proceso de desintoxicación, y que no ha sido posible esta intervención o no se ha logrado una suficiente eficacia en los espacios ambulatorios de moderada intensidad o bien de alta intensidad (centro de día o residencial) de cuidados.

Sin embargo, definir el tipo de modalidad de tratamiento que pudiese requerir el o la adolescente solamente a la presencia criterios como nivel de consumo y compromiso biopsicosocial ha tenido algunas dificultades, en tanto los perfiles clínicos de los adolescentes que requieren tratamiento se ha complejizado. La gran mayoría de estos usuarios/as que ingresan a tratamiento en las diferentes modalidades presentan un alto nivel de severidad-complejidad y cada vez una menor edad (tabla 1). Entonces, se levanta la necesidad de incorporar otros aspectos técnico clínicos para redefinir cómo y cuándo los adolescentes requieren una modalidad específica y cómo debieran articularse entre ellas. Este aspecto impacta principalmente a la demanda de oferta terapéutica de las modalidades que ofertan mayor intensidad y estructura de la atención, modalidades residenciales y de hospitalización aguda, y con ello, también mayor costo. La alta tensión de demanda, asociada a una brecha en especificaciones técnicas, hacen posible que aparezcan dificultades como:

- Alta heterogeneidad en los criterios de ingreso y exclusión entre los diferentes centros residenciales. Estas varían ampliamente y abarcan un diverso espectro de áreas, tales como, proceso de desintoxicación efectuado; tiempo de abstinencia; patología de salud mental compensada; riesgo de suicidio, autoagresión y/o lesiones a tercero; presencia de adulto o tutor responsable; vinculación a actividad escolar y/o laboral; parentalidad; especificidades del proceso judicial; nivel motivacional; contar con derivaciones asistidas; entre otras.

- Alta variabilidad, en la articulación entre centros de salud dependientes del Ministerio de Salud (MINSAL) y centros de tratamiento en convenio SENDA, con tendencia a funcionar aisladamente. Dificultades para construir y priorizar objetivos terapéuticos comunes en beneficio de la persona quien se encuentra en tratamiento, lo cual se traduce en la entrega de atenciones desintegradas entre los diferentes servicios. Como señalamos anteriormente, se han complejizado los perfiles de ingreso de los adolescentes, lo cual se ha traducido en altas tasas de abandono e intervenciones poco efectivas. Uno de los factores que ha influido para esto, es el funcionamiento fraccionado y poco articulado de los distintos dispositivos de la red de tratamiento. Muchos de los centros residenciales pueden recibir usuarios con larga historia de intervenciones y procesos interrumpidos, así como también procesos residenciales de largo plazo, intentando trabajar todos los objetivos terapéuticos del usuario.
- Priorizar la demanda en el nivel de consumo, generando mayor escisión en tratamientos integrales y abordaje de otros problemas de salud mental. Lo cual dificulta la identificación de la co-ocurrencia de otro trastorno psiquiátrico, especialmente de aquellos que pueden ser obtenidos a través de la evaluación de la historia del desarrollo del adolescente.
- Falta de claridad en cómo fomentar el reingreso del NNA a su entorno natural. La mayoría de los centros de tratamiento de esta modalidad funcionan como centros residenciales cerrados al entorno comunitario, dificultando el ingreso de adolescentes en programas residenciales la participación actividades académicas, ocupacionales, etc. En este sentido, también una amplia diversidad respecto de cómo y cuándo intervenir. Dificultades en la definición del rol de los profesionales a cargo de esta área.
- La evaluación diagnóstica de ingreso habitualmente comienza con muy pocos antecedentes de los tratamientos previos, lo cual aumenta el tiempo que los profesionales deben destinar a este proceso, junto con exponer al adolescente a procesos ya vividos recientemente. Por otra parte, el plan de tratamiento elaborado no logra dar cuenta de la integralidad que permita comprender las dificultades únicas del individuo y su familia, como tampoco logran identificar y priorizar las dificultades que requieren una alta intensidad y estructura de la intervención, la cuales requieren ser abordadas en esta modalidad particular. En virtud de esto, es habitual que el equipo intente resolver todos

los problemas del adolescente, sin una mirada de proceso sobre la intervención terapéutica, donde el adolescente resolverá paso a paso sus dificultades y, probablemente, participando en más de una modalidad de tratamiento.

- La duración de la modalidad es variable, en tanto se ingresan también adolescentes sin un nivel motivacional que les permita mantener la voluntad para permanecer en esta intervención, como también se generan fenómenos de dependencia entre el usuario (a) y el equipo tratante, con mucho tiempo de permanencia en la modalidad residencial y finalmente bajas habilidades para mantenerse en su entorno natural de origen.

Tabla 1: Caracterización de usuarios/as en tratamiento

Dimensión		Nivel	Características Observadas
Consumo		Severo	El adolescente que consulta y/o es pesquisado por el equipo de profesionales de Senda, Servicio Nacional de Menores (SENAME) o Justicia Juvenil habitualmente ya en policonsumo de drogas, con una predominante de uso diario, en grupo o solitario, cuyo predominio de uso es anestésico o ansiolítico, con episodios de violencia y/ autoagresiones asociadas al consumo y con criterios de dependencia.
CBPS	Área Individual	Severo	Salud física con nulo autocuidado, con compromiso somático evidente y/o desnutrición. Actividad sexual con múltiples parejas, con o sin protección, alto riesgo de embarazo y/o embarazo adolescente. Con psicopatología aguda o crónica descompensada, autoagresiones, alto riesgo o intento de suicidio, comportamiento violento y antecedente de trauma. Con gran dificultad en el proceso separación autonomía, tolerancia a la frustración, sin lugar físico de protección y contención, en número creciente son

		los adolescentes en situación de calle. Existiendo abandono, negligencia.
	Área Familia	De familias altamente complejas, caracterizadas por trauma trans generacional, familias altamente dañadas y excluidas, en presencia de VIF, alcoholismo, drogadicción y otras patologías de salud mental, conducta delictiva.
	Área Escuela/Liceo	Deserción escolar de más de un año, estigmatización escolar e historia de problemas importantes en la adaptación escolar, retraso escolar y problemas de rendimiento académico. Expulsiones frecuentes.
	Área Grupo de Pares	Grupos en conducta disocial (robos, violencia y consumo de sustancias)
	Área Comunidad	Poca red de apoyo social y acceso a recursos comunitarios, barrios altamente conflictivos, con alta accesibilidad a sustancias.
	Área Tiempo Libre	Gran parte del día las realiza en la calle, pudiendo realizar actividades de sobrevivencia en ella. La conducta transgresora está presente, en relación con el uso de sustancias y/o con grupo de pares.

MARCO TEORICO

Servicios de tratamiento para adolescentes con trastorno por uso de sustancias

El diseño de servicios de tratamiento para los trastornos por uso de sustancias en adolescentes, sigue siendo un desafío para los gestores de salud, no solo por la complejidad en la que se instala la conducta adictiva en las personas de este ciclo vital, sino también el proceso adolescente en sí mismo (Feinstein, 2012). El diseño de servicios de tratamiento para adolescentes requiere adaptaciones únicas relacionadas con el ciclo vital, adaptaciones culturales, interacción con la familia y territorio, por lo que implica una organización única de políticas y procedimientos (Rieckmann, Fussell, Doyle, Ford, Riley & Henderson, 2011).

Se ha señalado que la estructura organizacional de los servicios de tratamiento de adicciones debe estar diseñada por niveles de atención, donde estos niveles deben ser flexibles y complementarios, siguiendo un modelo de redes disponibles a las trayectorias individuales de cada usuario (a) y de ninguna manera como una trayectoria lineal (Delrahim, 2012). Los expertos recomiendan que la colocación en un nivel de atención se base en una serie de características de presentación que incluyen: diagnóstico / severidad del uso de sustancias por parte del adolescente; intoxicación y riesgo de abstinencia; problemas médicos; problemas psicológicos; aceptación y resistencia al tratamiento; potencial de recaída; riesgo ambiental; presión legal; y situación ocupacional (Mark, 2002).

Existe poco desacuerdo en la literatura sobre el tratamiento del uso de sustancias con respecto a la conceptualización de la dependencia de sustancias como una afección crónica que consiste en episodios alternantes de abstinencia y recaída posterior, por lo que los sistemas de tratamiento debe revisar el modelo de gestión de enfermedades crónicas similares a la hipertensión, diabetes o asma, por ejemplo (Koob, Volkow, 2010; Steven, 2014; Volkow, Morales, 2015; Volkow, Koob, 2015; Volkow, Wang, Fowler & Tomasi, 2012). Por ello el proceso de tratamiento contaría con dos fases, una dada por servicios de atención continua de menor intensidad, en contexto de tratamiento ambulatorio, después de la fase de tratamiento primario, por ejemplo, residencial. De este modo se aspira a resultados exitosos a largo plazo a forma de mantener los logros obtenidos en el tratamiento primario con foco continuo en la prevención de recaídas (Hammond, Mayes & Potenza, 2014). Dado que

sabemos que el tratamiento es superior a ningún tratamiento, la pregunta se traslada a cuáles son los elementos programáticos, por ejemplo, intensidad y duración, adecuados para la atención continua (Steven, 2014). Independiente que la persona inicie su tratamiento en una modalidad ambulatoria o residencial, se ha observado que el éxito terapéutico es insertarlo en un proyecto a largo plazo (Meunier, 2009).

Descripción de la modalidad residencial

El cuidado residencial tiene una larga historia de provisión de servicios a niños, niñas y adolescentes que han sido maltratados o que tienen importantes problemas emocionales y de comportamiento (James, 2013). Existiendo muchos tipos de programas residenciales, ¿cómo se puede diferenciar entre los servicios de 24 horas que brindan tratamiento para niños, jóvenes con graves trastornos emocionales y trastornos por consumo de sustancias y aquellos que solo brindan atención y vivienda? En el contexto de tratamiento por uso de sustancias se entiende el tratamiento residencial como un nivel específico de atención, que se distingue por contar con una intervención terapéutica planificada las 24 horas. Las personas están en un ambiente de aprendizaje activo y vida grupal altamente supervisada y estructurada donde se proporcionan terapias diferentes e individualizadas. Cuenta con un equipo multidisciplinario de profesionales clínicos capaces de realizar procesos diagnósticos orientados a las necesidades psiquiátricas, sociales y educativas, y es capaz de realizar una evaluación individualizada, planificar un tratamiento y cuidado posterior involucrando al adolescente y su familia. El cuidado residencial es un nivel superior de atención que atiende necesidades específicas (James, 2013).

El tratamiento residencial es de elección cuando un joven necesita un entorno seguro y estructurado las 24 horas para proporcionar una gama de servicios apropiados y relevantes para abordar la gravedad de los problemas sociales, emocionales y /o desórdenes del comportamiento, donde existe un potencial terapéutico para beneficiarse del tratamiento (Nathan, 2016). Una modalidad residencial podría ser necesaria cuando no se observan beneficios en dispositivos de tratamiento de menor intensidad y/o estructura, en usuarios de alto nivel de consumo, fracasos previos de tratamiento ambulatorio y alto nivel de comorbilidades médicas o específicamente psiquiátricas (Meunier, 2009).

El tratamiento residencial es una intervención, no un destino. Es un nivel de atención en una variedad de servicios que niños (as) y jóvenes, con o en riesgo de trastornos emocionales o de conducta, necesitan en un momento determinado, dada su historia, diagnóstico, complejidades de deterioro y situaciones de vida y aprendizaje. Es un componente crítico de un sistema de cuidado que algunos niños (as) necesitan para tener la oportunidad de recuperarse y recuperar su funcionamiento en la vida cotidiana en la comunidad como participantes productivos en el hogar y la escuela, seguros y viviendo con esperanza (NAPHS 2008).

La National Association for Childrens Behavioral Health, define el modelo residencial como un nivel de atención que niños niñas y adolescentes pueden necesitar en un determinado momento, siempre con claros objetivos terapéuticos. Son altamente dependientes de la capacidad y disponibilidad de otros servicios. Si el acceso de los servicios es limitado, el sistema no funciona tan eficientemente como podrían.

Si bien el tratamiento residencial sigue siendo importante en el sistema de atención para jóvenes con problemas de salud mental, no debemos relativizar el hecho de que las intervenciones basadas en la comunidad son las que generalmente representan la mejor alternativa, siendo éstas más apropiadas y menos costosas. Después de las unidades de hospitalización, la modalidad residencial es el segundo más restrictivo y costoso, además no hay evidencia de que sea efectiva para todas las personas, pudiendo generar una serie de reingresos y características de dependencia hacia esta modalidad o no mantener la mejoría al egreso (Kamins, Hunt, Tripp, Waxenberg, Bergey, Dinges, Discher, Leopold, Matyas, Ruiz, Marciano, Winderbaum, Miller, Hopkins & Happ, 2008).

El objetivo principal es ofrecer un ambiente libre de drogas, para que el adolescente pueda desarrollar habilidades para prevenir recaídas y de ninguna manera existe un estándar individual, ni es el primer recurso, pero debe estar siempre disponible, ser innovador y pensado para el adolescente con altas dificultades adictivas, psíquicas y sociales. También es sugerido para usuarios (as) que no logran abstinencia o que tienen recaídas muy frecuentes, cuya condición no justifica hospitalización y su vida se ha centrado principalmente en interacciones sociales hacia el uso de drogas (Meunier, 2009). No existe evidencia de que esta modalidad de tratamiento sea efectiva para adolescentes con serios trastornos de

conducta, violencia y agresividad (Kamins et al, 2008; Ryan, 2013). Los responsables políticos y los investigadores coinciden en que el uso óptimo de cualquier servicio en una amplia gama de servicios en un sistema de atención depende en gran medida de la disponibilidad y capacidades de los otros servicios del sistema. El modelo residencial como un nivel de atención que niños niñas y adolescentes pueden necesitar en un determinado momento son altamente dependientes de la capacidad y disponibilidad de otros servicios.

Desafíos de los tratamientos con modalidad residencial

Una revisión sistemática realizada por Tripodi el 2009, aplica una escala de evaluación metodológica que permite comparar la efectividad de los tratamientos residenciales para adolescentes entre 12 y 18 años desde 1990. Solo 8 estudios fueron incluidos, si bien los resultados encontrados muestran efectividad para dicha modalidad, su calidad metodológica es cuestionable. Uno de los problemas visualizados en la revisión es la falta de personal médico, alto costo de los tratamientos, la no mejoría del comportamiento violento de los jóvenes, alta dificultad para mantener los cambios adquiridos y transferir estos al medio que los rodea, altas tasas de reincidencias, reingresos frecuentes, a los residenciales o a los sistemas judiciales, falta de articulación con los servicios de la comunidad, haciendo finalmente que estos servicios sean asociados a dependencia persistente (Tripodi, 2009) .

Un importante estudio cualitativo realizado por Rieckman y publicado 2011, evalúa a 17 programas de tratamiento de drogas para adolescente, con el objetivo de identificar barreras para mejorar la calidad de ellos, identificando: La participación de la familia, donde la familia no comprendería el significado del tratamiento; La participación con la comunidad; y problemas de género / diversidad (Rieckmann et al, 2011).

Pocos estudios sistemáticos han examinado las características de los programas de tratamiento de abuso de sustancias que sirven a los adolescentes. Un artículo de investigación señala que un panel de expertos identificó áreas potenciales de medidas para mejora más significativas, identificando: La inclusión de la salud mental y problemas médicos en evaluaciones integrales; y el desarrollo de planes de estudio para satisfacer las necesidades culturales de los usuarios (Mark, 2006).

Una revisión realizada por Kamins para Mallegan Heath Services (Kamins et al, 2008), describe los siguientes factores asociados al éxito terapéutico:

- a) Participación Familiar: Asegurando que exista una participación significativa de las familias durante el tratamiento. Cuando esto sucede las estadías son más cortas y mejoran los resultados. En lugar de visto como un problema, deben ser vistos como parte de la solución. Se debe orientar el tratamiento a ayudar a las familias a apoyar y trabajar con los problemas que han sido los desencadenantes del ingreso a la modalidad residencial.
- b) Planificación del egreso: Los programas de tratamiento residencial más exitosos comienzan a planificar el alta, en el momento de la admisión. Para ello es importante determinar qué es lo que él o la joven necesitan para un egreso exitoso, donde el tratamiento está orientado a eliminar barreras identificadas y construir apoyos necesarios. Al identificar los servicios que requeriría al egreso, cómo se ubica y continúa el plan de tratamiento, es más probable que se mantengan las ganancias. Se debe asistir prioritariamente los problemas que precipitan el ingreso, en lugar de curar toda la sintomatología.
- c) Participación comunitaria: se refiere a la participación que tiene el o la joven con los servicios de la comunidad mientras reciben el tratamiento residencial. En la medida en que se fortalecen las habilidades necesarias para la reintegración social en estos espacios de participación comunitaria, aumenta las posibilidades de resultados exitosos. Se debe prestar mucha atención en los recursos de la comunidad como organizaciones religiosas, escuelas, programas de capacitación vocacional, programas recreativos, etc.
- d) Se ha demostrado que los programas de tratamiento residencial mejoran la salud y los resultados relacionados para los jóvenes en el corto plazo. Sin embargo, existe muy poca investigación sólida que demuestre los resultados o beneficios a más largo plazo de dichos programas (Nathan, 2016). Se han identificado algunos componentes clave para mantener las ganancias después del egreso:
 - a) La cantidad de participación de la familia en el proceso de tratamiento.
 - b) La derivación específica a un programa de menor complejidad al egreso.

c) La disponibilidad de cuidados después del egreso para el o la joven y su familia.

La investigación sobre la participación de la familia en el tratamiento ha demostrado que puede mejorar aún más el compromiso adolescente, la retención, el uso de sustancias y otros problemas y deberían facilitar el reingreso a su hogar y comunidad después del tratamiento residencial. Empíricamente, varios estudios longitudinales con adultos y adolescentes han concluido que la participación en la continuidad de los cuidados es un predictor significativo de mejoría (Mark, 2002; Wang, Lu, Chong, Chou, Hsieh, Tsai & Lee, 2016). Un estudio que revisa la práctica basada en la evidencia para tratamientos residenciales en salud mental en niños, niñas y adolescentes, identifica diversas investigaciones que incluyen 10 intervenciones: Entrenamiento para reemplazo de la agresión, terapia conductual dialéctica, terapia familiar con base ecológica, terapia de movimiento y desensibilización ocular, terapia familiar funcional, prevención multimodal de abuso de sustancias, terapia breve enfocada a la resolución de problemas y programa de intervención para trauma para adolescentes que han cometido infracción de ley. Estas intervenciones se analizaron en 13 estudios que realizaron diferentes tipos de ensayos clínicos randomizados, cuyos resultados generales fueron positivos, estableciendo una efectividad relativa de las intervenciones psicosociales estudiadas. Sin embargo, persisten las preocupaciones sobre el sesgo metodológico y de sistema. La mayoría de los estudios abordaron barreras en la implementación (James, 2013):

Aunque la mayoría de los programas proporcionan evaluaciones exhaustivas de las necesidades tratamiento de abuso de sustancias de sus clientes, raramente atienden las necesidades mentales o de otro tipo que con frecuencia coinciden con el abuso de sustancias en adolescentes e influyen en su curso de tratamiento, pocos programas realizan evaluaciones de salud mental y menos aún, pruebas de enfermedades infecciosas comunes en personas con uso de sustancias ilícitas (Sterling, Valkanoff, Hinman & Weisner, 2012). La incorporación del tratamiento de trastornos mentales al tratamiento de abuso de sustancias por solo el 50% de las instalaciones también es particularmente preocupante. La evaluación precisa de los trastornos mentales comórbidos es esencial en el desarrollo de intervenciones efectivas para adolescentes con trastornos por uso de sustancias. Por ejemplo, la investigación sugiere que los adolescentes seguirán más involucrados en el tratamiento, si los beneficios positivos de abstinencia están relacionados a sus preocupaciones sobre las relaciones entre grupos de

pares y la formación de identidad. Además, el proceso de formación de identidad y su relación significativa con el sexo y los roles de género crea una mayor necesidad de programas que sean sensibles a esos problemas (Mark, 2006).

Respecto a la duración de la modalidad residencial, se ha señalado que las principales ganancias del tratamiento residencial se alcanzarían los primeros seis meses de tratamiento, sin observar mayor efectividad los meses posteriores (Kamins, 2008). Artículos estadounidenses señalan que la duración del tratamiento residencial en general tiene un promedio de 1-3 meses en el sistema de tratamiento público. Después del tratamiento residencial, los adolescentes generalmente son derivados a cuidados continuos, que generalmente incluyen servicios de tratamiento ambulatorio y algunos de sus estudios de seguimiento al egreso del tratamiento residencial muestran tasas de recaída hasta del 60% durante los primeros 90 días de alta (Mark, 2002).

Las tasas de recaída adolescente durante el año posterior al tratamiento a menudo superan el 60% y muchos jóvenes pasan de un ciclo entre los períodos de consumo de sustancias y la abstinencia. Más de la mitad de los adolescentes recaen dentro de los 90 días posteriores al final de un episodio agudo de atención atendidos en programas residencial (Passetti, 2016).

Adicionalmente, describen que la mayoría de los cambios se producirían en las primeras semanas de tratamiento y que luego de seis meses, no habría ganancias adicionales. Por lo tanto, no se justificarían programas de tratamiento residencial mayor a seis meses. Programas intensivos y de menos tiempo tendrían mejores resultados (3 a 4 meses). Los programas exitosos fueron aquellos que dieron asistencia prioritaria a la resolución de problemas que precipitaron la admisión, en vista de la imposibilidad de solucionar todos.

Gunter (2013), evalúa los efectos del compromiso terapéutico en adolescentes tratados en comunidades terapéuticas. El autor distingue estas últimas, de otros modos de tratamiento residencial, en el uso de pares para facilitar el cambio social y psicológico de las personas. La investigación busca identificar los adolescentes y sus características que influyan en un mayor valor predictivo positivo para los resultados de tratamiento. El compromiso terapéutico fue objetivado con tres preguntas: Desde el ingreso ¿diría usted que ha seguido las instrucciones y sugerencias del personal?; Desde el ingreso ¿se ha sentido presionado

internamente para continuar el tratamiento?; ¿Es probable que se quede hasta el final del tratamiento? De un total de 1.182 participantes del estudio, se concluye que aquellos que tienen mayor compromiso con la institución son los más propensos a completar el tratamiento, esto medido en la pregunta respecto a si sigue las instrucciones y sugerencias del personal. El compromiso institucional se favorece con recompensas positivas y con el apoyo de pares, las personas adquieren sentido de pertenencia y aprenden a responder positivamente a la comunidad y adherir a normas de conducta. Sin embargo el único indicador predictivo positivo para los buenos resultados en el futuro fue terminar el tratamiento, no así el compromiso terapéutico, por lo que ambos elementos deben ser conjugados en el proceso (Gunter, 2013).

A su vez, la motivación y la preparación para el tratamiento serían factores predictores positivos para el compromiso terapéutico (definida como participación activa del cliente) y el éxito del proceso (Wei, 2011). Es sabido que la motivación se ve afectada por componentes emocionales, cognitivos y físicos, donde el adolescente no contento con su estilo de vida logra reconocer sus dificultades (Dow, 2013; Kelly, Urbanoski, Hoeppner & Slaymaker, 2012). El adolescente que se siente presionado o controlado reduce el interés y la motivación por participar de la actividad. Adicionalmente, se identifica que aquellos adolescentes que están en un proceso terapéutico que identifica e interviene en los factores que pueden afectar el abandono, ayuda a que el joven mejore la adherencia (McWhirter, 2008; Roozen, Strietman, Wiersema, Meyers, Lewinsohn & Feil, 2014).

Para mantener los de resultados de tratamiento

En un estudio de adolescentes de dos programas residenciales, Godley, Godley y Dennis (2001) encontraron que solo el 36% de los clientes dados de alta del tratamiento residencial asistieron a una o más sesiones de atención continua en servicios ambulatorios.

Históricamente la atención continua se denominó “after care” o “cuidado posterior”, refiriéndose a los cuidados luego de un tratamiento agudo exitoso. La atención “descendente” fue la primera y más común forma de cuidado posterior e involucró la derivación a un tratamiento de menor intensidad (paciente ambulatorio) al completar los servicios más intensivos (generalmente residencial u hospitalización). El concepto de “after care”

evolució al concepto de “cuidado continuo”. Este cuidado continuo se basa en que las personas completan un nivel de cuidados de mayor intensidad y luego uno de servicios menos intensivos (Godley, 2014). Los estudios muestran que un gran porcentaje de los adolescentes que han ingresado al tratamiento recaerá y volverá al mismo nivel de tratamiento o al más intenso, o que finalice su tratamiento de manera prematura (Winters, 2014).

Una vinculación deficiente con los servicios de atención continua puede contribuir a las altas tasas de recaída de los adolescentes después del tratamiento residencial. Es así como cobra importancia modelos de monitoreo de logros y/o cuidado continuo a largo plazo como lo que ocurre con otras enfermedades crónicas, apoyando el modelo de manejo de ésta adaptado hacia el manejo de trastornos por uso de sustancias (Mark, 2002).

Una revisión sistemática que incluye 48 artículos revisados por pares publicados entre 1993 y 2003, respecto a la efectividad de los programas de administrados de casos implementados en el tratamiento de trastorno por uso de sustancias, muestran que varios de estos artículos informan efectos positivos, pero solo algunos ensayos aleatorizados y controlados han demostrado la efectividad del manejo de casos en comparación con otras intervenciones. La mayoría de los efectos positivos se relacionan con la reducción en el uso de servicios para pacientes hospitalizados y una mayor utilización de servicios basados en la comunidad, una retención prolongada del tratamiento, una mejor calidad de vida y una alta satisfacción del cliente (Vanderplasschen, 2007).

La sociedad estadounidense de medicina de las adicciones, define la atención continua como: “La provisión de un plan de tratamiento y una estructura organizacional que aseguren que un paciente reciba el tipo de atención que necesita en ese momento. Por lo tanto, el programa de tratamiento es flexible y se adapta a las cambiantes necesidades del paciente y su nivel de preparación para el cambio”.

En éstos modelos de cuidado continuo, se ha señalado algunas acciones centrales como: ofrecer suficiente intensidad y duración de contacto, involucrar diferentes dominios de vida saludable (área educacional, emocional, de salud física, ocupacionales y vocacionales, legales y psiquiátricas), ser sensible a las realidades culturales y socioeconómicas del usuario (a), fomentar la participación de la familia, aumentar los hábitos de ocio prosociales,

fomentar una amplia gama de servicios sociales para proporcionar apoyo adicional, enfocarse en la prevención de recaídas y finalmente proporcionar un cogniciones y habilidades para resolver problemas, reducir el craving, hacer frente a la ira, depresión y ansiedad (Mark, 2002).

La investigación sobre el cuidado continuo con adultos ha demostrado ser prometedora la investigación sobre el cuidado continuo de adolescentes todavía está en sus primeras etapas y está creciendo. Este documento revisa la literatura sobre cuidado continuo y otros apoyos de recuperación para adolescentes y hace recomendaciones para la práctica clínica y la investigación futura. La participación en programas de cuidado posterior se asoció con un menos uso de sustancia desde el alta y/ en menores cantidades de uso después de 6 meses de alta del residencial, junto con tasas de vinculación a los servicios ambulatorios significativamente mayores (Blodgett, Maisel, Fuh, Wilbourne & Finney, 2014; Passetti, 2016).

Mark (2002), desarrolla y evalúa experimentalmente un Protocolo de Atención Asertiva Continua (AAC) para adolescentes luego del egreso de la atención residencial. Siguiendo el modelo de cuidados continuados para pacientes con enfermedades crónicas como diabetes, se adaptó un modelo para adolescentes con problemas de consumo de sustancias. Se incluyó en la muestra a 114 personas entre 12 y 17 años, que cumplieran criterios diagnósticos para trastorno por dependencia de marihuana o alcohol, con un promedio de estadía de 49 días, evaluando en qué grado el protocolo AAC es más efectivo que la atención continua de costumbre que ya incluyen una referencia a tratamiento ambulatorio, en diversos programas de 2 a 3 veces por semana y donde la duración del tratamiento residencial es de uno a tres meses en el sistema público y habitualmente la atención se desarrolla de manera continuada con los servicios ambulatorios. En el protocolo AAC se les asigna a los usuarios un gestor de casos de seguimiento por 90 días, el cual aplica el protocolo adaptado para adolescentes Community Reinforcent Approach: CRA (Meyers, 1995), que había sido adaptada para adolescentes. CRA es una intervención que ayuda a los adolescentes a reestructurar su entorno con actividades pro sociales que compiten contra el uso continuo de sustancias. Además, enseña al adolescente habilidades para mejorar la comunicación, resolución de problemas y superar obstáculos para participar en las actividades pro-sociales Estos servicios

de gestión de casos se incluyeron en el AAC para proporcionar a los adolescentes y cuidadores asistencia para acceder a los servicios necesarios, a las actividades pro-sociales y recreativas cuando los adolescentes regresan a sus casas. La gestión de casos incluye procedimientos para articular los servicios y asistir al usuario en la asistencia, apoyo social, visitas domiciliarias y mediación de conflicto. Estos protocolos en comparación con los egresos tradicionales resultaron significativamente mejores en la vinculación con el usuario y la atención continuada, con mejores resultados en el consumo de sustancia, principalmente alcohol y marihuana, mejorando de dos a tres veces la adherencia al tratamiento post egreso (Mark, 2002). La atención continua debe mejorarse para garantizar los mejores resultados posibles para el tratamiento (Mark, 2006).

Aunque algunos estudios han demostrado que este tipo de intervención funciona, aún no está claro qué es exactamente lo que hace que esta intervención funcione y cuánto duran sus efectos. Dada la creciente aceptación de la idea de que el abuso de sustancias es un trastorno crónico y recurrente, el papel del manejo de casos debe discutirse desde una perspectiva de atención crónica (Green, Yarborough, Polen, Janoff, Yarborough, 2015). En última instancia, la efectividad de esta intervención para ayudar al funcionamiento de los usuarios no debe sobreestimarse; su efecto se basa principalmente en apoyar a los clientes en su vida diaria y vincularlos a servicios adecuados (Vanderplasschen, 2007).

Desde esta perspectiva de continuidad de la atención, se levanta un nuevo desafío, la intersectorialidad. Para lograr servicios integrados se ha descrito en la literatura diversas barreras del sistema como la administrativa, separación financiera de los servicios, impidiendo la entrega de diversos servicios necesarios en el proceso terapéutico. Para superar estas barreras se sugiere que la integración debiera estar reflejada en diferentes niveles, a nivel de prestación de servicios y a nivel de sistema, donde la integración a nivel de sistemas debiera ser vista como un continuo que comprende una variedad de estrategias de intercambio de información a través de la unión de los proveedores y/o aquellos que se financian bajo una misma autoridad (Whiteford, 2014).

La revisión de la literatura sugiere que los vínculos intersectoriales a nivel de sistema se pueden lograr de varias maneras y se asocian con resultados positivos para los servicios y clientes en contextos clínicos y no clínicos. El problema principal necesario para promover

la integración efectiva del servicio es sin duda el más difícil de lograr; es decir, garantizar el respeto mutuo y la comprensión de las funciones con una comunicación simplificada entre todos los servicios implicados en la atención. Algunos mecanismos de vinculación intersectorial, para promover una práctica integral colaborativa son los siguientes (Whiteford, 2014):

- a) Planificación del servicio en conjunto con intercambio de información a través de comités coordinadores interinstitucionales, trabajadores intersectoriales o de interfaz.
- b) Establecer un solo plan de atención multi agencia para cada usuario.
- c) Acuerdos de colaboración inter institucional formales.
- d) Capacitación del personal, que garantice que este comparta actitudes y permita una comprensión constante entre profesionales.
- e) Intercambio de información utilizando un solo sistema de información, registros de casos compartidos o sistemas de seguimiento de clientes.
- f) Iniciativas de financiación combinadas.
- g) Prestación conjunta de servicios a través de un equipo multidisciplinario.
- h) Uso compartido del servicio.
- i) Administración del servicio por una sola agencia principal.

OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar los factores asociados al logro terapéutico de los tratamientos en modalidad residencial para adolescentes con Trastorno por Uso de Sustancias, que han cometido infracción de ley, para proponer recomendaciones al diseño de la modalidad residencial.

Objetivos Específicos

- Describir las características que se asocian a mayor nivel de logro terapéutico.
- Evaluar la existencia de continuidad de cuidados mediante el análisis del origen de los usuarios (as) y los motivos de egreso de programa.
- Realizar recomendaciones para el diseño de la modalidad residencial para adolescentes con TUS y han cometido infracción de ley.

METODOLOGÍA

El diseño de la investigación es de tipo observacional, descriptivo, transversal de cohorte retrospectivo, por tratarse de un estudio cuantitativo se utilizó el software STATA 11.0 para realizar los análisis estadísticos.

La población del estudio son 874 adolescentes y jóvenes, hombres y mujeres entre 13 y 24 años de edad, infractores de Ley con consumo problemático de alcohol – drogas y otros trastornos de salud mental que completaron al menos un proceso terapéutico de tratamiento residencial entregado por el Servicio Nacional para la prevención y rehabilitación del consumo de drogas y alcohol (SENDA) entre los años 2013 y 2017 en Chile. Los 874 adolescentes y jóvenes completaron 1.115 procesos terapéuticos residenciales que fueron analizados, hubo 241 adolescentes y jóvenes que tuvieron más de un proceso terapéutico completado en el periodo analizado.

El SENDA entrega los tratamientos residenciales a través de convenios con instituciones colaboradoras que están acreditadas para entregar una atención integral, multidisciplinaria, con psiquiatras infanto juveniles, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas y técnicos entre otros. Las instituciones colaboradoras tienen centros de tratamiento residencial en todas las regiones del país, además SENDA cuenta con un equipo de trabajo en todas las regiones para hacer las supervisiones presenciales a los centros de tratamiento, adicionalmente SENDA provee un sistema informático en línea para registrar y supervisar la realización de todas las prestaciones que reciben los adolescentes y jóvenes en tratamiento residencial. El sistema informático se denomina Sistema de información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT), a través de la información registrada permite la caracterización de procesos y resultados de las personas atendidas, la información ahí contenida es confidencial y solo es accesible a los clínicos involucrados en el tratamiento. La información está protegida bajo la Ley N°20.584 que regula los derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud. A nivel nacional la información registrada en el SISTRAT se encuentra encriptada con identificadores (ID) cifrados, por lo que no es posible identificar a una persona en particular.

Los datos fueron recolectados del SISTRAT, la base de datos fue descargada del sistema en línea (<http://sistemas.senda.gob.cl/sistrat/>) el 30 de enero 2018 y contó con la autorización del SENDA, asimismo los datos levantados son secundarios, y no se tiene información que permita identificar a las personas. Por tratarse de datos secundarios y anónimos no fue necesario la revisión por un comité de ética. Las variables incluidas en la investigación se pueden revisar en la tabla N°2.

En particular, el convenio de colaboración de SENDA se establece además con MINSAL-SENAME y la institución penitenciaria de Gendarmería de Chile (GENCHI), desde el año 2007 se comienza a implementar el “Programa de Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Adolescentes Infractores de Ley con Consumo Problemático de Alcohol – Drogas y otros Trastornos de Salud Mental”, los cuales son derivados a través de Tribunales de justicia o ingresan voluntariamente a los centros. Se analizaron las características de los procesos terapéuticos modalidad residencial, de los adolescentes que han cometido infracción de ley, del convenio antes mencionado, que hayan completado su proceso terapéutico entre el 01 de enero del 2013 y a el 31 de diciembre del 2017.

Tabla 2 Variables incluidas

Nombre de variables	
1	Código Identificación
2	Fecha Ingreso Tratamiento
3	Origen Ingreso
4	Sexo
5	Edad
6	Sustancia Principal
7	Numero Tratamientos Anteriores
8	Fecha Egreso
9	Motivo Egreso
10	Evaluación Proceso Terapéutico Egreso
11	Patrón de Consumo
12	Días de tratamiento

Se analizaron descriptivamente las variables señaladas en la tabla N°1, estas son sexo, edad, origen de ingreso, sustancia principal de consumo, patrón de consumo, número de tratamientos anteriores, motivo de egreso del programa, evaluación del proceso terapéutico, y días de tratamiento. Para una mayor descripción de las variables se puede revisar la Tabla N°2.

Tabla 3: Descripción de variables

Sustancia principal de consumo: se refiere a la sustancia que principalmente motiva la consulta.	Alcohol.
	Marihuana.
	Cocaína.
	Pasta Base.
	Crack.
	Inhalables.
	LSD.
	Fenilciclidina.
	Hongos.
	Otros alucinógenos.
	Heroína.
	Metadona.
	Otros Opioides.
	Anfetaminas.
	Metanfetaminas y derivados.
	Otros estimulantes.
	Éxtasis.
	Sedantes.
	Hipnóticos.
	Esteroides anabólicos.
Origen de ingreso.	Centro CIP SENAME
	Centro CRC SENAME
	Delegado programa colaborador de SENAME
	Dupla evaluadora de fiscalía
	Otro centro de tratamiento en convenio.
	Tribunal.
	Usuario.
	Otro.
Patrón de consumo: Frecuencia de consumo de la droga principal en los 30 días previos a la admisión a tratamiento.	Todos los días.
	4-6 días a la semana.
	2-3 días a la semana.
	1 día a la semana.
	Menos de 1 día a la semana.
	Sin consumo.
	Desconocida.
Motivo de egreso del programa.	Alta Terapéutica: Cumplimiento de objetivos terapéuticos. Evaluación realizada por el equipo terapéutico tratante en acuerdo con la persona.
	Alta administrativa: Decisión del equipo tratante de egresar a la persona del programa por incumplimiento grave a las normas de convivencia como robo, tráfico al interior del centro, agresión, etc. También procede en caso de traslado de domicilio o fallecimiento.

	Derivación a centro en convenio: traslado por indicación o sugerencia del equipo a otro centro perteneciente al convenio CONACE- FONASA- MINSAL- SENAME, que resuelva su motivo de consulta; ya sea por motivos clínicos (mayor o menor complejidad del caso) o por razones administrativas; Ej. por cambio de domicilio
	Derivación a centro sin convenio: traslado por indicación o sugerencia del equipo, a otro centro que resuelva su motivo de consulta; ya sea por motivos clínicos (mayor o menor complejidad del caso) o por razones administrativas; Ej. por cambio de domicilio. Se trata de centros que están fuera de la red de centros pertenecientes al convenio CONACE- FONASA- MINSAL- SENAME.
	Abandono: inasistencia y/o pérdida de contacto de la persona e tratamiento por un tiempos igual o mayor a 60 días, habiéndose realizado a lo menos dos acciones de rescate. Estas acciones permiten evaluar las razones de la interrupción de la asistencia y estimular que el usuario retome su tratamiento.
Evaluación del proceso terapéutico: Corresponde a la apreciación clínica que hace el equipo o profesional tratante, la persona en tratamiento y su familia, del nivel alcanzado de logro de los objetivos terapéuticos planteados al inicio del proceso y descritos en el plan de tratamiento personalizado. Los criterios incluyen la evaluación del estado clínico y psicosocial al momento del egreso y una apreciación pronóstica del equipo tratante.	Logro Alto: alcance de la totalidad de los objetivos planteados. La persona se encuentra en condiciones de integrarse al medio de manera satisfactoria. Se aprecia la decisión por consolidar un cambio favorable en su estilo de vida.
	Logro Intermedio: alcance parcial de los objetivos, requeriría de un periodo de apoyo para una integración social satisfactoria. Se aprecia una débil disposición y preparación para sostener un cambio de estilo de vida.
	Logro Mínimo: con alcance mínimo de logros de los objetivos planteados. Se mantienen sin modificación la generalidad de las variables personales y del contexto que hacen pensar que la persona se encuentra en riesgo de una probable recaída. Se aprecia una débil o nula disposición al cambio en estilo de vida.

Se realizaron dos análisis inferenciales mediante regresiones logísticas para examinar las variables predictoras de mayor éxito terapéutico. Para el primer análisis la variable dependiente fue el logro terapéutico, para el segundo análisis la variable dependiente fue alta terapéutica, para ambos análisis las variables explicativas utilizadas fueron; tipo usuario, días

de tratamiento, numero de tratamientos anteriores, y las variables control de edad y sexo, se consideró un p value $<0,05$.

RESULTADOS

Se analizaron 1.115 procesos terapéuticos residenciales, de los cuales el 92,83% corresponde a personas de sexo masculino y tan solo el 7,17% sexo femenino. El promedio de edad en general es de 17,29 años, con edad mínima de 13 años y máxima de 24 años, con igualdad en medias para ambos sexos (Gráfico 1).

El 63,86% de los procesos se originan en derivaciones desde otro centro de tratamiento de drogas del convenio, le siguen las derivaciones de delegados SENANE con un 22,33% conformando el 86,19% de los ingresos a tratamiento. En tanto el 50,31% de los adolescentes es egresado a otro centro en convenio, el 21,43% tiene abandono, el 13,19% alta administrativa y el 7,53% alta terapéutica (Gráfico 2).

Respecto a la sustancia principal por la que él o la adolescente se encuentra en tratamiento, el 72% de los tratamientos son por Pasta Base, le sigue Marihuana con un 9,96%, Alcohol con 7,17% y Cocaína 5,56%. La frecuencia de consumo con la que ingresan los y las adolescentes a tratamiento es mayoritariamente diaria alcanzando un 65%, seguido por 4 a 6 días a la semana de 21,96% (Gráfico 3 y 4)

De todos los planes residenciales ejecutados en este período, el 50,49% tiene logro terapéutico mínimo, el 37,94% logro intermedio y tan sólo el 11,57% logro alto (Gráfico 5). El promedio de edad para logro mínimo es 17,17 años, para logro intermedio es 17,37 años y para logro alto 17,55 años de edad. El 63,15% de los adolescentes han tenido 1 o 2 tratamientos previos, en cualquier modalidad, tan sólo el 13,09% no ha presentado tratamientos previos y el 4,94% ha tenido más de 5 tratamientos previos.

El promedio de días de tratamiento son 157,98 días distribuidos entre 1 y 1282 días de tratamiento. Muy parecidos entre sexo, donde para sexo masculino es 155,5 días y para sexo femenino es 158,17 días (Gráfico 6).

Gráfico 1: Distribución de usuarios (as) por edad de ingreso a programa

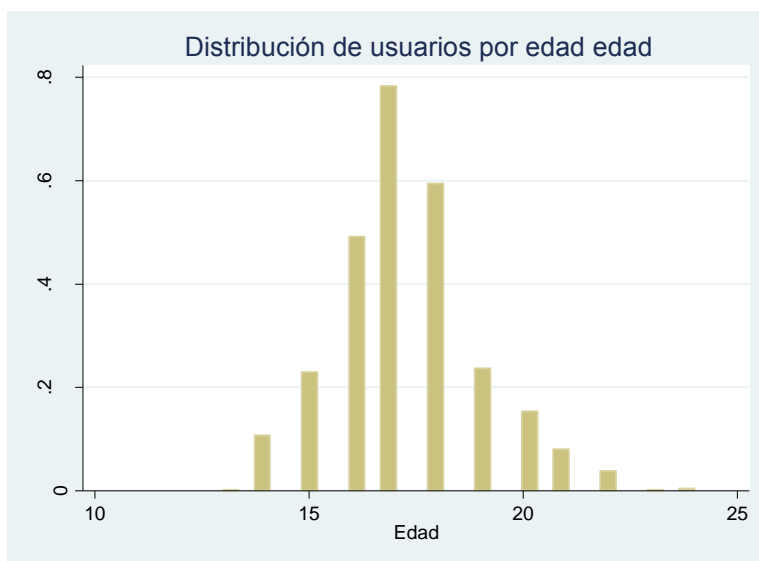


Gráfico 2: Motivo de egreso de los usuarios (as) en tratamiento

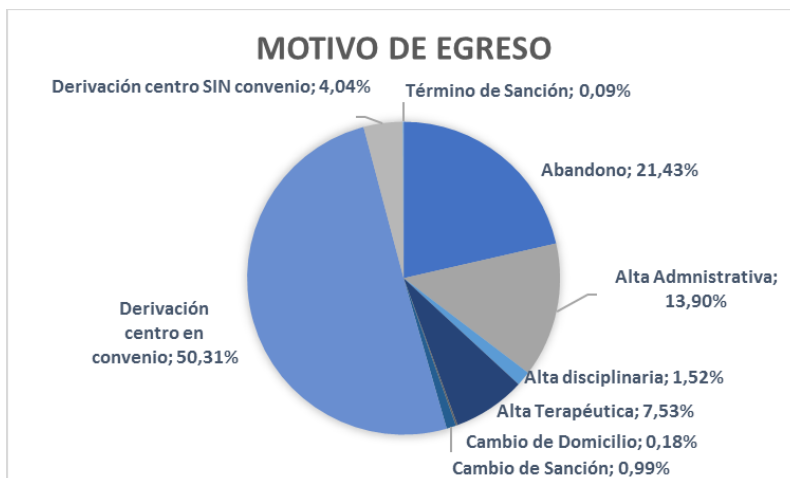


Gráfico 3: Distribución de sustancia principal que motiva ingreso a tratamiento

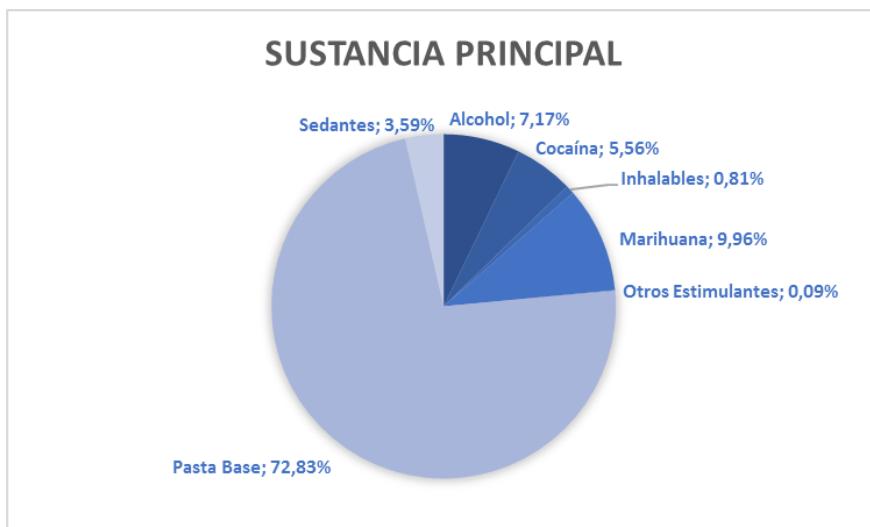


Gráfico 4: Frecuencia de consumo al ingreso de tratamiento

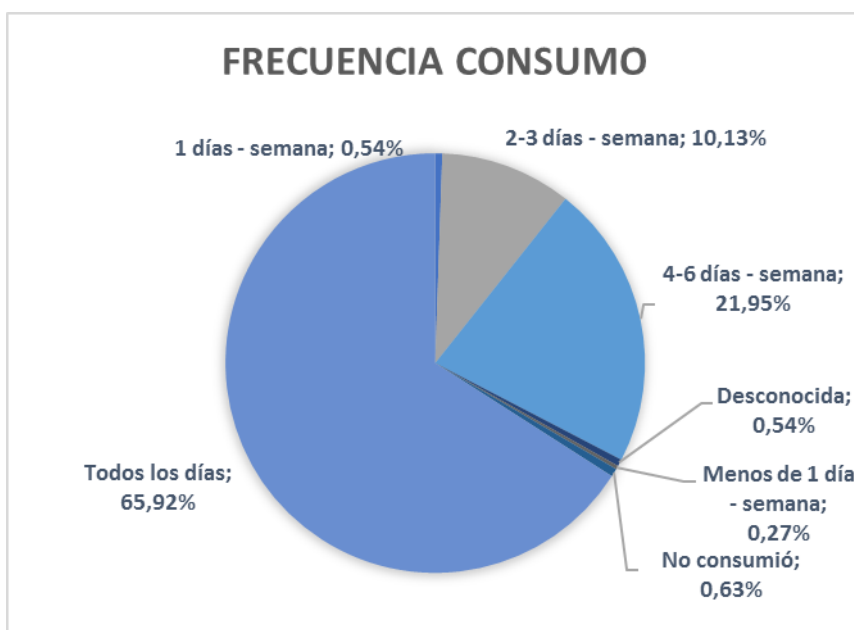


Gráfico 5: Evaluación general de los procesos terapéuticos al egreso de los usuarios (as).

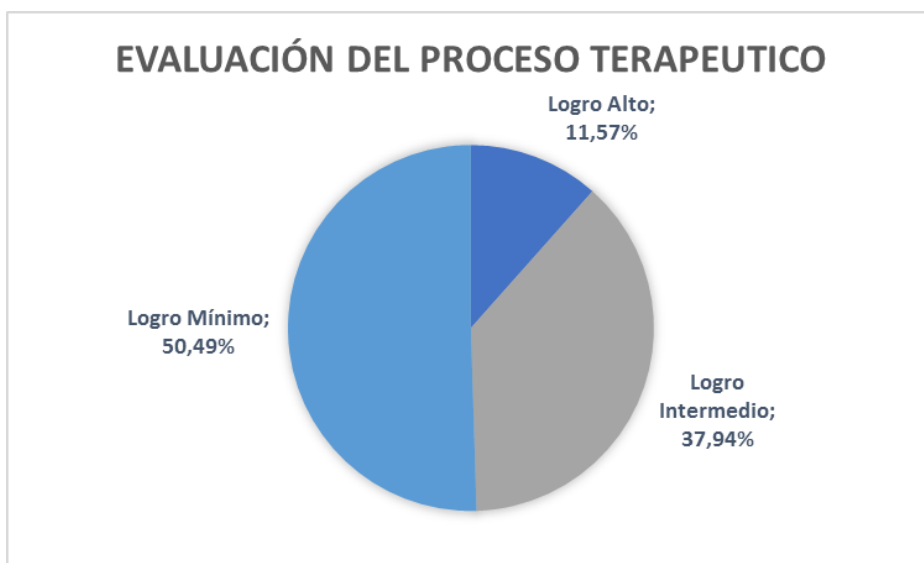
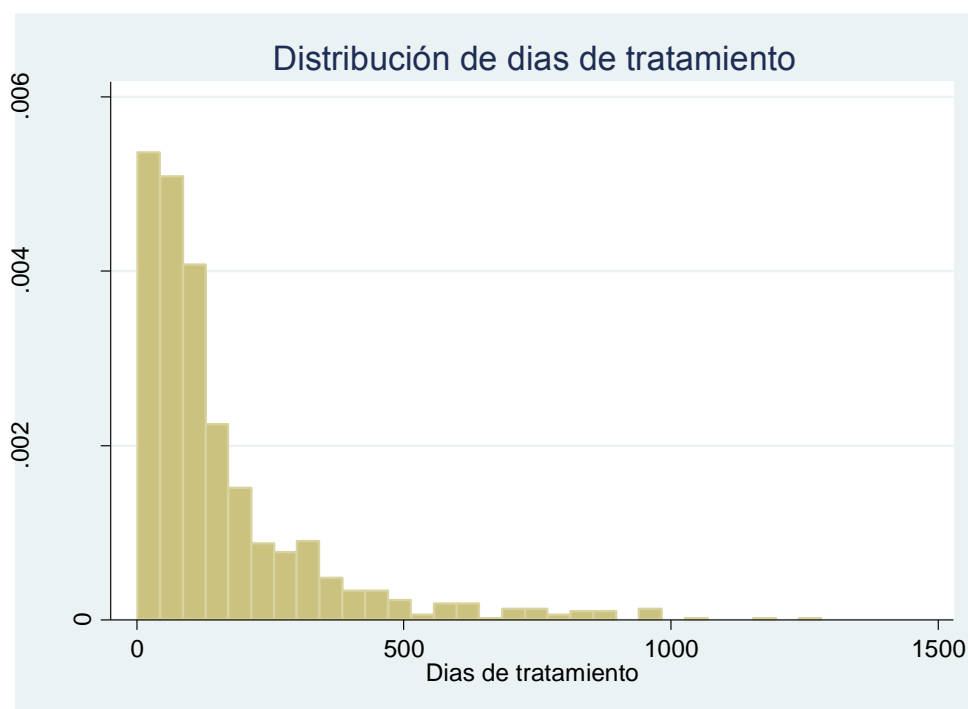


Gráfico 6: Distribución de días de tratamiento por programa modalidad residencial



Al describir los resultados de tratamiento con la frecuencia de consumo, es posible observar que del el 50,49% de egresos con logro mínimo, el 73,71% tiene una frecuencia de consumo diaria, seguida de 15,10% entre 4 a 6 días a la semana y 8,88% entre 2 a 3 días a la semana.

En tanto del 11,57% de los egresos con logro alto, 55,04% es de consumo diario, 33,33% de consumo entre 4 a 6 días y 10,08% entre 2 a 3 días a la semana (Tabla 3).

Tabla 4: Frecuencia de consumo y logro terapéutico

Evaluacion Proceso Terapeutico Egreso	Frecuencia Consumo							Total
	1 días -	2-3 días	4-6 días	Desconoci	Menos de	No consum	Todos los	
Logro Alto	1 0.78 16.67	13 10.08 11.50	43 33.33 17.55	1 0.78 16.67	0 0.00 0.00	0 0.00 0.00	71 55.04 9.66	129 100.00 11.57
Logro Intermedio	1 0.24 16.67	50 11.82 44.25	117 27.66 47.76	2 0.47 33.33	0 0.00 0.00	4 0.95 57.14	249 58.87 33.88	423 100.00 37.94
Logro Mínimo	4 0.71 66.67	50 8.88 44.25	85 15.10 34.69	3 0.53 50.00	3 0.53 100.00	3 0.53 42.86	415 73.71 56.46	563 100.00 50.49
Total	6 0.54 100.00	113 10.13 100.00	245 21.97 100.00	6 0.54 100.00	3 0.27 100.00	7 0.63 100.00	735 65.92 100.00	1,115 100.00 100.00

Al describir origen del usuario con logro terapéutico, los resultados del 50,49% de logro mínimo pueden desglosarse en que el 62,34% proviene de otro centro de tratamiento en convenio, seguido por el 24,33% que es derivado de un delegado SENAME. Al mirar el 11,57% de logro alto al egreso, el 66,67% también proviene de otro centro en convenio, seguido por un similar 17,05% que proviene de un delegado SENAME. Del pequeño porcentaje de adolescentes que acuden a tratamiento residencial por voluntad propia, que es el 2,87% de todos los casos derivados, el 28,13% tiene logros altos y solo el 34,38% logros mínimos. También, del pequeño grupo derivado de tribunales, que corresponde a un 3,14%, el 62,86% tiene logros terapéuticos mínimos y solo un 2,86% tiene logro alto (Tabla 4).

Tabla 5: Origen del usuario (a) y evaluación de proceso terapéutico

Evaluacion Proceso Terapeutico Egreso	Origen Ingreso									Total
	Centro CI	Centro CR	Delegado	Dupla eva	Otro	Otro cent	Otro cent	Tribunal	Usuario	
Logro Alto	2 1.55 22.22	0 0.00 0.00	22 17.05 8.84	1 0.78 16.67	3 2.33 9.38	86 66.67 12.08	5 3.88 15.63	1 0.78 2.86	9 6.98 28.13	129 100.00 11.57
Logro Intermedio	4 0.95 44.44	4 0.95 50.00	90 21.28 36.14	3 0.71 50.00	11 2.60 34.38	275 65.01 38.62	12 2.84 37.50	12 2.84 34.29	12 2.84 37.50	423 100.00 37.94
Logro Mínimo	3 0.53 33.33	4 0.71 50.00	137 24.33 55.02	2 0.36 33.33	18 3.20 56.25	351 62.34 49.30	15 2.66 46.88	22 3.91 62.86	11 1.95 34.38	563 100.00 50.49
Total	9 0.81 100.00	8 0.72 100.00	249 22.33 100.00	6 0.54 100.00	32 2.87 100.00	712 63.86 100.00	32 2.87 100.00	35 3.14 100.00	32 2.87 100.00	1,115 100.00 100.00

De los adolescentes egresados por abandono, el 72,80% tiene logros mínimos, el 25,95% logro intermedio y el 1,26% logro alto. De las altas terapéuticas que corresponden a solo un

7,53% del total de casos egresados, el 61,9% tiene logro alto, sin embargo, un 7,14% tiene logro mínimo (Tabla 5).

Tabla 6: Motivo de egreso y logro terapéutico.

Evaluacion Proceso Terapeutico Egreso	Motivo Egreso									Total
	Abandono	Alta Admn	Alta Tera	Alta disc	Cambio de	Cambio de	Derivació	Derivació	Término d	
Logro Alto	3	5	52	0	0	0	4	65	0	129
	2.33	3.88	40.31	0.00	0.00	0.00	3.10	50.39	0.00	100.00
	1.26	3.23	61.90	0.00	0.00	0.00	8.89	11.59	0.00	11.57
Logro Intermedio	62	58	26	8	2	8	23	236	0	423
	14.66	13.71	6.15	1.89	0.47	1.89	5.44	55.79	0.00	100.00
	25.94	37.42	30.95	47.06	100.00	72.73	51.11	42.07	0.00	37.94
Logro Mínimo	174	92	6	9	0	3	18	260	1	563
	30.91	16.34	1.07	1.60	0.00	0.53	3.20	46.18	0.18	100.00
	72.80	59.35	7.14	52.94	0.00	27.27	40.00	46.35	100.00	50.49
Total	239	155	84	17	2	11	45	561	1	1,115
	21.43	13.90	7.53	1.52	0.18	0.99	4.04	50.31	0.09	100.00
	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Al observar el número de tratamientos anteriores, el 62,15% tiene entre uno y dos tratamientos previos. Los adolescentes que no han tenido tratamientos previos, tienen un 58% de logros mínimos, cuando el total general alcanza a 50,49% como logro mínimo (Tabla 6)

Tabla 7: Tratamientos previos y logro terapéutico.

Evaluacion Proceso Terapeutico Egreso	Numero Tratamientos Anteriores										Total
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	14	
Logro Alto	12	50	40	16	4	3	4	0	0	0	129
	9.30	38.76	31.01	12.40	3.10	2.33	3.10	0.00	0.00	0.00	100.00
	8.22	12.82	13.20	10.81	5.48	10.00	33.33	0.00	0.00	0.00	11.57
Logro Intermedio	49	162	104	56	33	11	3	4	0	1	423
	11.58	38.30	24.59	13.24	7.80	2.60	0.71	0.95	0.00	0.24	100.00
	33.56	41.54	34.32	37.84	45.21	36.67	25.00	36.36	0.00	100.00	37.94
Logro Mínimo	85	178	159	76	36	16	5	7	1	0	563
	15.10	31.62	28.24	13.50	6.39	2.84	0.89	1.24	0.18	0.00	100.00
	58.22	45.64	52.48	51.35	49.32	53.33	41.67	63.64	100.00	0.00	50.49
Total	146	390	303	148	73	30	12	11	1	1	1,115
	13.09	34.98	27.17	13.27	6.55	2.69	1.08	0.99	0.09	0.09	100.00
	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Un primer análisis inferencial realizado fue en relación a analizar las variables predictivas del tipo logro terapéutico, por ello aplicó una prueba de regresión logística considerando como variable dependiente el logro terapéutico (Logro alto=3; Logro intermedio=2; Logro bajo=1), y con variables independientes o explicativas de; origen de tipo de ingreso (Origen de ingreso voluntario=1, origen de ingreso no voluntario=0), días de tratamiento, número de tratamientos anteriores, edad y sexo (Mujer=0, Hombre=1). Los resultados del modelo mostraron una asociación estadísticamente significativa (p value <0,05) para más días de tratamiento y un odds ratio de 3,27 para un mayor logro terapéutico si el tipo de origen de ingreso a tratamiento del usuario es voluntario (Tabla 7).

Tabla 8: Regresión logística: Variable dependiente logro terapéutico, variable independiente origen de ingreso (usuario), días de tratamiento, número de tratamientos previos, edad y sexo.

```
. logistic   Logro  usuario  dias  numerotratamientosanteriores  edad  sexo_n
Logistic regression                                Number of obs   =      1114
                                                    LR chi2(5)       =      27.52
                                                    Prob > chi2      =      0.0000
Log likelihood = -385.57492                        Pseudo R2       =      0.0345
```

Logro	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
usuario	3.279106	1.359706	2.86	0.004	1.454783	7.391158
diasdetrat~o	1.001895	.0004239	4.47	0.000	1.001064	1.002726
numerotrat~s	.963286	.0646491	-0.56	0.577	.844556	1.098707
edad	1.082181	.0604638	1.41	0.157	.9699324	1.20742
sexo_n	1.177688	.4595407	0.42	0.675	.5481334	2.530312

Por otro lado, se realizó una segunda regresión logística para analizar las variables predictivas del alta terapéutica como tipo de egreso, se consideró como variable dependiente el egreso de alta terapéutica (Alta=1; Otro tipo egreso=0), y las variables independientes o explicativas de; origen de tipo de ingreso (Origen de ingreso voluntario=1, origen de ingreso no voluntario=0), días de tratamiento, número de tratamientos anteriores, edad y sexo (Mujer=0, Hombre=1), muestra una asociación estadísticamente significativa (p value <0,05) para lograr alta terapéutica con menor número de tratamientos, ser sexo masculino, mayor número de días de tratamiento y un odds ratio de 4,17 para un tener una alta terapéutica si el tipo de origen de ingreso a tratamiento del usuario es voluntario (Tabla 8).

Tabla 9: Regresión logística: Variable dependiente egreso alta terapéutica, variable independiente; origen de usuario, días de tratamiento, número de tratamientos previos, edad y sexo.

```
. logistic Alta dias usuario numerotratamientosanteriores edad sexo_n
Logistic regression                               Number of obs   =      1114
                                                    LR chi2(5)       =      54.19
                                                    Prob > chi2      =      0.0000
Log likelihood = -270.78465                       Pseudo R2       =      0.0910
```

Alta	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
dias	1.031535	.004782	6.70	0.000	1.022205	1.04095
usuario	4.17628	2.060477	2.90	0.004	1.587914	10.98379
numerotrat~s	.8052816	.0742535	-2.35	0.019	.6721406	.9647959
edad	1.02123	.0719483	0.30	0.766	.8895172	1.172447
sexo_n	.434702	.1566208	-2.31	0.021	.21454	.8807952

DISCUSIÓN

Al observar los resultados descriptivos, podemos apreciar el alto porcentaje de adolescentes de sexo masculino, lo que era esperable dado que la oferta de programas modalidad residencial para mujeres es reducida en nuestro país.

A primera vista, llama la atención los bajos niveles de logro terapéutico alcanzados al egreso terapéutico de todos los tratamientos residenciales efectuados en el periodo entre 20013 y 2017, siendo la mitad de ellos objetivado en logros mínimos. Podemos hipotetizar respecto a la complejidad del perfil clínico, descrito al inicio de este texto, que reciben las modalidades residenciales, pero también, preguntarnos en qué medida el diseño de la modalidad satisface las necesidades de los usuarios con los que trabajamos, tanto para este perfil complejizado, como para la etapa del ciclo vital a la que pertenecen.

Es interesante que cerca del 60% de los adolescentes que ingresan a tratamiento residencial son derivados de otro centro de tratamiento en convenio, pudiendo hipotetizar que existen en estos procesos, una mirada terapéutica más amplia, en donde el proceso terapéutico estaría constituido por al menos dos dispositivos de tratamiento, articulado por estrategias de continuidad de cuidados. Estos centros de tratamientos en convenio pudiesen ser de mayor o menor nivel de atención. En el caso del segundo derivador en frecuencia, corresponden a otros dispositivos de SENAME, los cuales pudiesen haber comenzado un tratamiento ambulatorio de menor intensidad de intervención.

Tal como lo indican las actuales orientaciones de SENDA, el tratamiento residencial está considerado para adolescentes con alto nivel de consumo y alto compromiso biopsicosocial, entonces vemos que la gran mayoría de los adolescentes presenta problemas con consumo de sustancia muy adictivas como la pasta base y con alta frecuencia de consumo, lo que hablaría de una enfermedad adictiva severa. Era posible anticipar, que la mayoría de los adolescentes con alto nivel de consumo, muestran peores logros de tratamiento, como también que un porcentaje importante de adolescente que fue egresado por abandono tiene logros mínimos. Sin embargo, llama la atención un porcentaje de logro terapéutico alto en un 1,26% de las personas que abandonan tratamiento, lo que invita a pensar respecto a los elementos gravitantes en la toma de decisiones del equipo tratante para trabajar con el egreso del usuario

y los fenómenos de dependencia que se generan dentro de estas modalidades. También interesante analizar cómo es que un 7% de los adolescentes egresados por alta terapéutica egresa con logros mínimos. Puede ser un error del equipo terapéutico, pero también un error de registro, ya que debemos recordar que los datos analizados en esta investigación tienen carácter secundario.

Como más del 50% de los adolescentes egresados continuarían su tratamiento en otro centro de tratamiento, hace inferir que pudiésemos estar en presencia de otras estrategias que favorecen esta continuidad de los cuidados, lo cual es comprensible y esperado si entendemos esta modalidad de tratamiento como una intervención costosa, de alta intensidad, destinada sólo a un momento particular, de un proceso terapéutico de largo plazo. Como refiere la literatura, estos procesos terapéuticos debieran dar continuidad de atención en otra modalidad de menor intensidad, por lo que llama la atención que exista un 7,53% de los egresos, con motivo de alta terapéutica, pensando en que los equipos realizaron todo el proceso terapéutico en esta modalidad y no continúan en una modalidad de menor intensidad.

Respecto a los días de tratamiento, muestra lo descrito en la literatura, donde el promedio de estadía para los tratamientos en esta modalidad para adolescentes es de tres a seis meses, pero también el análisis inferencial nos muestra asociación estadísticamente significativa entre mejores resultados terapéuticos a mayor tiempo de tratamiento. Entonces, si los adolescentes, en todo el mundo, no logran mantenerse en los programas residenciales de tratamiento por más de seis meses y la intervención residencial es altamente costosa, vale la pena pensar en cómo mantener las ganancias del proceso terapéutico, que se obtienen a mayor tiempo de tratamiento, con estrategias de continuidad de la atención que, entregue soporte a un tratamiento de más largo plazo, articulado con modalidades de menor intensidad de la atención y en su territorio. La pregunta que se desprende es identificar cuáles son los elementos terapéuticos claves para lograr los mejores resultados, en este período de tiempo acotado de seis meses aproximado de tratamiento, priorizando objetivos terapéuticos específicos para esta modalidad.

La otra pregunta que podemos hacernos es ¿los adolescentes que han sido derivados a otros centros de tratamientos de menor intensidad, para dar continuidad a su proceso terapéutico, tienen mejores resultados terminados estos procesos?, al considerar un proceso terapéutico

más amplio, más días de tratamiento sumando los dos dispositivos terapéuticos. Esta investigación está limitada para describir estos fenómenos, ya que los registros del sistema informático SISTRAT, ha sido diseñado para registro de procesos terapéuticos episódicos. Es decir, cada ingreso y egreso de una modalidad, independiente de su nivel de intensidad o derivación entre modalidades de tratamiento, son registradas como casos y no como procesos terapéuticos más amplios que den cuenta de la enfermedad adictiva, como una enfermedad de curso crónico, con posibles reagudizaciones. Sería muy interesante evaluar la trayectoria de estos adolescentes en los centros de tratamiento y evaluar sus logros terapéuticos a mediano y no a corto plazo. Sobre todo, cuando hemos observado que a mayor tiempo de tratamiento están asociados a mejores resultados y cuando los adolescentes en general no se mantienen más de seis meses en tratamiento.

Es interesante evaluar cuáles son los logros terapéuticos de los adolescentes que ingresan en consulta espontánea, descritos en la variable de origen de ingreso “usuario”, con aquellos que son derivados por tribunales de justicia. Al menos descriptivamente, en una muestra muy pequeña que llega solo al 2,87% del origen de todos los casos ingresados, los usuarios que llegan espontáneamente al centro tienen logros terapéuticos alto que llegan al 28,13%, a diferencia del 3,14% cuyos ingresos se originan de tribunales, donde observamos que solo el 2,86% tienen logro terapéutico alto. El análisis inferencial muestra asociación estadísticamente significativa tanto para alcanzar logro terapéutico alto, como para ser egresado con alta terapéutica para las personas que se incluyen en el tratamiento cuyo origen de ingreso es usuario. Creo que esto es muy relevante, porque independiente de que no provenga de otro centro de tratamiento en convenio, donde también se pueden haber trabajados los procesos motivacionales para mantenerse en tratamiento residencial, el hecho de que un adolescente o su familia consulten espontáneamente a un centro residencial hace pensar que en ellos existe un nivel motivacional mayor al cambio. Pudiese sugerirse entonces, dados los resultados de tratamiento y el alto costo de la intervención, que exista un trabajo previo con el nivel motivacional, con el adolescente o su familia, previo al ingreso de tratamiento, para mejorar adherencia y resultados de la intervención.

La asociación estadística es significativa para la asociación entre logros altos y días de tratamiento con un efecto pequeño, tiene un odds ratio de tan solo 1,001, sin embargo, es más

consistente el efecto con los adolescentes que tienen consulta espontánea mostrando un odds ratio de 3,27.

Esta asociación también es significativa y de mayor efecto cuando se analizó la variable de egreso por alta terapéutica, donde para días de tratamiento el odds ratio es de 1,03 y para origen de ingreso post consulta espontánea es de 4,17. En este análisis, se agregan otras dos variables que tiene asociaciones estadísticamente significativas, esta es que mientras menos tratamientos previos haya tenido la persona mayor es la asociación a egreso con alta terapéutica, con un odds ratio de 0,80.

En el caso de la variable de sexo, vimos que la gran mayoría de las personas son de sexo masculino y se mencionó la poca oferta de programas para mujeres. Pues bien, quizá la gravedad del perfil de las mujeres con Trastorno por Uso de Sustancias justifique que es el sexo masculino el que tiene asociación estadísticamente significativa para egreso terapéutico por alta terapéutica, pero también debemos pensar en qué medida los programas tienen sólida preparación en perspectiva de género para desarrollar tratamientos exitosos a las mujeres en tratamiento.

Como vemos actualmente, los usuarios ingresados a los planes residenciales son los de mayor compromiso biopsicosocial y consumo, o sea, con un perfil más grave y con mayor dificultad para la adherencia a programas. Entonces, ¿por qué esperar que adhieran a programas con mayores exigencias, como son los de carácter residencial? En estos casos, probablemente la mejor alternativa es una modalidad ambulatoria que pueda preparar al o la adolescente para la modalidad residencial, principalmente con intervenciones motivacionales hacia el adolescente y su familia que le permitan mantenerse en tratamiento por al menos 3 a 6 meses, pero luego lograr mantenerse en tratamiento ambulatorio.

No es menor que el 21,43% de los adolescentes tenga criterio de egreso abandono, lo que nos invita a pensar, en qué medida esta modalidad estuvo bien o mal indicada, o no se preparó al adolescente para el ingreso, en ellos, como es de esperar, predomina el logro mínimo terapéutico. Si los ingresos siempre fuesen dramáticos, urgentes y en condiciones límites tanto para el equipo y los usuarios, existe también el riesgo de establecer relaciones de dependencia usuario-equipo, las que en este contexto son más altas, por lo que una vez

establecido el vínculo, los programas residenciales corren el riesgo de perpetuar la permanencia y no re vincular al usuario a su red de origen, siendo esto altamente iatrogénico.

Es probable que, frente a una persona con un mayor compromiso biopsicosocial y un contexto coactivo al inicio de un tratamiento, las probabilidades de abandono sean muy altos. Puede entonces resultar un proceso de varios ingresos antes de una permanencia más prolongada, un proceso de tratamiento con una serie de abandonos no programados, o un final abrupto de tratamiento no contemplado, pérdida de recursos y frustración, desmotivación del usuario, su familia, pero también del equipo tratante.

RECOMENDACIONES

Sugerencias para el diseño de tratamientos modalidad residencial

El tratamiento por uso de sustancias modalidad residencial debe ser entendido como un nivel específico de atención que proporciona una intervención terapéutica planificada las 24 horas del día. Dispone de terapias diferentes e individualizadas por un equipo de profesionales clínicos interdisciplinarios. No existe un estándar individual, ni es el primer recurso, pero debe estar siempre disponible y ser innovador. Se sitúa, después de las unidades de hospitalización, como el segundo más restrictivo y costoso. El tratamiento residencial es una intervención, no un destino.

Se debería considerar el dispositivo residencial como uno más dentro de un plan de tratamiento amplio y continuo o “Proceso de Tratamiento en Red”, que se desarrolla entre varios equipos de salud intervinientes. Por tanto, en el paso por la modalidad residencial “la cama”, sería un paso más dentro de varios, que puede ser usado al principio, durante o al final del proceso terapéutico, o repetirse varias veces a lo largo del proceso. El proceso de cambio del usuario, se traducirá paulatinamente en un proceso de tratamiento, el cual deberá tener una mirada de más largo plazo, sustentada en la vinculación a una red de apoyo, con diferentes niveles de atención.

Para que esto suceda, es importante que toda la red de tratamiento comprenda el para qué podrían necesitar los adolescentes de esta modalidad en algún momento en particular, dentro de su proceso de tratamiento. Salir del paradigma actual, en el que los programas residenciales funcionarían con tendencia al aislamiento, movilizará al resto de la red consecuentemente.

El objetivo principal sería brindar intervenciones altamente estructuradas e intensas, para dar estabilización al usuario(a) y promover las intervenciones ambulatorias con el re ingreso a su territorio lo antes posible, mediante el desarrollo de estrategias de prevención de recaídas. Esta inestabilidad está asociada a una “crisis” que debe ser identificada y resuelta por el equipo, para promover la autonomía hacia una modalidad de menor intensidad.

Se deben trabajar objetivos puntuales dentro de un “Proceso de Tratamiento en Red”, objetivos altamente articulados con el resto de los dispositivos de tratamiento, de la red de salud general y todo el inter-sector.

Perfil de ingreso:

Se debe recalcar que existirían motivos de ingreso y no necesariamente perfiles de ingreso. Los motivos de ingreso se asocian a un momento específico de un usuario, en que se presentan ciertas condiciones que llevan a tomar decisiones de tratamiento. Derivan del plan de tratamiento construido por al menos dos dispositivos, uno de mayor o menor intensidad y el dispositivo residencial.

El tratamiento residencial sería de elección cuando un joven necesita un entorno seguro y estructurado 24 horas al día para proporcionar una gama de servicios apropiados. Una modalidad residencial podría ser necesaria cuando no se observan beneficios en dispositivos de tratamiento de menor intensidad y/o estructura, en usuarios de alto nivel de consumo, fracasos previos de tratamiento ambulatorio y alto nivel de comorbilidades médicas o específicamente psiquiátricas. También es sugerido para usuarios (as) que no logran abstinencia o que tienen recaídas muy frecuentes, cuya condición no justifica hospitalización y su vida se ha centrado principalmente en interacciones sociales hacia el uso de drogas, ofreciendo estabilización bajo un ambiente libre de drogas.

Así, el perfil de ingreso para la modalidad residencial de tratamiento no sería estático, ni único y se desprende directamente de los objetivos que se desee abordar. En este sentido sería independiente del compromiso biopsicosocial o intensidad de consumo que presente el o la adolescente y poniendo en el centro sus necesidades.

Esta modalidad incluirá a adolescentes que:

- Se encuentran en un proceso de tratamiento en red,
- Presentan una crisis o se visualiza alguna que se quiera prevenir, la cual requiere ser atendida en un ambiente altamente estructurado, con intervenciones de alta intensidad y contención,

- Desean voluntariamente acceder a esta modalidad y son preparados para ello.
- Se excluye a quienes requieran cuidados intensivos de psiquiatría por un cuadro agudo o exacerbación psicopatológica.

Engranaje dentro de una red de tratamiento:

En este modelo, el eje fundamental sería el trabajo colaborativo y coordinado entre los diferentes equipos, entendiendo el proceso de tratamiento como un Proceso de Tratamiento en Red, respetuoso y enfocado en las necesidades y recursos de los adolescentes y sus familias.

Deberíamos comprender que para una persona el tratamiento es un solo proceso con distintas modalidades que en su conjunto se denomina tratamiento en red. En un tratamiento en red los equipos involucrados en un caso deben necesariamente articularse y acoplarse entre sí, para sustentar un proceso de cambio con trayectorias únicas para cada persona. Los objetivos del tratamiento en red de un usuario se alcanzarían a través de los objetivos abordados en cada una de las modalidades. La resolución recaería en el sistema terapéutico compuesto por un usuario y los equipos intervinientes. Los Objetivos trabajados en cada modalidad son Específicos, acotados dentro de un proceso terapéutico continuo y en Red: Tratamiento en red.

Cuando ponemos el proceso de cambio como foco principal, será más fácil decidir en el curso de una intervención qué modalidad elegir. Dicho proceso de cambio, voluntario o coaccionado, permite formar un sistema terapéutico en el tiempo basado principalmente en el vínculo del usuario con el equipo.

Dicho vínculo haría posible el proceso terapéutico mencionado y sobre dicho vínculo se podrían depositar las interrogantes del tratamiento como es la elección de la modalidad, su adecuación caso a caso, la duración de la estadía y las condiciones para una reinserción paulatina y exitosa. La decisión técnica de cual modalidad elegir puede revisarse en el curso del mismo tratamiento todas las veces que sea necesario. En este sentido, la modalidad debe estar permanentemente justificada por el equipo y acordada debidamente con los usuarios del programa.

Entonces el proceso de tratamiento residencial siempre tendrá un modo ambulatorio ya que deberá necesariamente trabajar con la red significativa del usuario. Y como la crisis o el motivo de ingreso ocurre fuera del programa de tratamiento, en el medio natural, podríamos afirmar de algún modo que todo tratamiento va de lo ambulatorio a lo residencial para luego volver a lo ambulatorio, abarcando en dicha comprensión ambulatoria tanto la red social del usuario como el eventual programa ambulatorio derivador, programa que se constituye en esta lógica en un nodo más de apoyo frente al programa residencial, o si se quiere una red de apoyo más amplia conformada por todos los equipos de tratamiento y la red del usuario.

Para lograr un proceso de tratamiento continuo en red, los equipos terapéuticos deberían tener las herramientas para realizar una evaluación completa del o la adolescente con una mirada a largo plazo, levantando objetivos terapéuticos a trabajar de manera escalonada y priorizada, por diferentes equipos de distintos niveles de atención, de acuerdo a las necesidades específicas de mayor o menor contención e intervención.

Es entonces, la red quien da soporte a él o la usuaria y su familia, soporte de intervenciones continuas y conformadas por diferentes dispositivos o equipos de tratamiento, para restituir la capacidad de cuidado y contención en el espacio familiar y/o comunidad, adecuadas al ciclo evolutivo del usuario, y con la mayor autonomía posible de las redes institucionales.

Como se mencionó, el trabajo articulado y conjunto de dos equipos parte de la red, definirán la modalidad de tratamiento y el encuadre de trabajo. Es así como se podría formar un sistema terapéutico con 2 equipos y un usuario. Es importante considerar cuál es el plan de tratamiento en red, la participación específica de un dispositivo u otro, delimitando funciones, estructurando intervenciones y mejorando la competencia en las intervenciones. Esto además puede resultar altamente protector para los equipos de tratamiento.

Junto con conocer y construir en conjunto el plan de tratamiento en red, debe estar explicitado los cuidados que se deberán de tener durante el proceso clínico con sus distintas modalidades elegidas durante el proceso y su justificación. También debe contemplarse posibilidades de recaída y los procedimientos para seguir la marcha. En el transcurso de esta etapa se inicia la formación de alianza terapéutica.

El objetivo final de este proceso de tratamiento en red es mejorar la calidad de vida de la y el usuario, a través de la suspensión del consumo y de alcanzar la mayor autonomía, facilitando su inserción paulatina en las redes de apoyo naturales y comunitarias. Las modalidades de tratamiento estarán siempre al servicio del proceso terapéutico y los equipos deben asegurar que el paso de una a otra sea adecuado en tiempo, pertinencia y forma.

Preparación para el ingreso:

La modalidad residencial sería un proceso voluntario, cuya preparación para el ingreso consiste en facilitar que el adolescente y su familia puedan visualizar la necesidad de la modalidad residencial y los objetivos que serán trabajados allí, su temporalidad, encuadre y beneficios de este. Este proceso de preparación debe ser realizado por miembros del equipo que deriva, en sintonía y trabajo conjunto con el equipo de la modalidad residencial. Esta preparación es clave no sólo para mejorar la adherencia terapéutica, sino que clarifica y acota los objetivos de la modalidad residencial, mostrándola en un período acotado y necesario dentro de un proceso terapéutico mayor.

Para disminuir esto, el proceso de ingreso pudiera estar precedido de intervenciones breves motivacionales en el plan ambulatorio. Si respetamos el “timing” del usuario en ese sentido y acordamos un objetivo que sustenta nuestra elección de modalidad es posible que el plan residencial tenga más impacto terapéutico

El pensar en una preparación, beneficia al usuario y su familia, pero también a los equipos participantes. Se espera que se genere un vínculo de trabajo que permita un funcionamiento articulado, fluido y un aprendizaje conjunto que crecerá con el tiempo y la experiencia de trabajo.

Intervenciones que debe realizar el equipo residencial:

Si bien el tratamiento residencial sigue siendo importante en el sistema de atención para jóvenes con problemas de salud mental, no debemos relativizar el hecho de que las intervenciones basadas en la comunidad son las que generalmente representan la mejor alternativa, siendo éstas más apropiadas y menos costosas.

Las intervenciones a realizar deben alcanzar alta estructura en su encuadre y objetivos, como flexibilidad para articularse en una red de atenciones intersectoriales y responder a las necesidades conformadas de manera única en cada adolescente, su familia y su proceso terapéutico en particular.

Estas intervenciones apuntan a lograr mayor estabilidad interna en el usuario, para que los límites físicos del programa residencial sean cada vez más relativos, flexibles, subjetivos. Los límites físicos del programa residencial se van trasladando al plano psicológico. El encuadre entonces puede flexibilizarse al servicio de dicho proceso interno.

Las intervenciones a realizar están centradas en resolver los objetivos particulares para la utilización de la modalidad residencial de cada usuario (a), emergen de la necesidad del o la adolescente en un momento particular, quien se encuentra en un proceso de tratamiento en red, y requiere de alta intensidad, estructura y contención, en contexto de una crisis o de prevención de esta y no presenta un cuadro agudo o de exacerbación psicopatológica que requiera cuidados psiquiátricos intensivos.

La modalidad residencial se pone al servicio del proceso terapéutico y no al nivel de consumo ni compromiso biopsicosocial. Con intervenciones intensivas, altamente contenidas y estructuradas: la estructura no es solo parte fundamental del ambiente terapéutico, sino que es fundamental para alcanzar en corto y mediano plazo los objetivos propuestos, de manera que el paso por una modalidad residencial dure el menor tiempo posible necesario para alcanzar los objetivos propuestos.

La alternativa residencial si es bien utilizada, ofrece muchas ventajas, entre ellas, brindar contención en momentos de crisis, ayudar al proceso de diferenciación familiar e individuación en el joven, lograr estilos de vida más saludables y estables, lograr contener la autoagresión cuando sea necesario, conocer otras redes sociales y comunitarias, posibilitar la desintoxicación en un ambiente cuidado y más estructurado, etc.

a) Diagnóstico y elaboración de un Plan de tratamiento.

Es probable que la modalidad residencial no sea el primer vínculo del adolescente con la red de tratamiento, sólo si es así, el equipo debiera profundizar en un proceso evaluativo integral.

Si es referido por otro equipo tratante de la red, parte de la articulación y preparación, es no sólo el traspaso de antecedentes, sino compartir y confiar en los procesos diagnósticos del referente, dando continuidad al tratamiento y contribuyendo con nuevas observaciones, de manera constructiva, para reformular o profundizar diagnósticos cuando corresponda, más aun considerando que en la etapa adolescente todo síntoma puede tener una amplia gama de manifestaciones y cambiar con la misma intensidad del proceso de desarrollo adolescente.

Debemos diferenciar los diagnósticos realizados en el proceso terapéutico en red, con aquel diagnóstico del estado del o la adolescente que realiza el equipo de la modalidad residencial. En el primero, el equipo de la modalidad participa con el resto de los dispositivos, en el segundo, es un proceso diagnóstico breve, situado en un contexto, que entrega continuidad al proceso. De ninguna manera los equipos debieran empezar de cero: no es necesario someter a la persona y su familia a un nuevo diagnóstico integral cuando eso ya ha sucedido, más bien es fundamental una coordinación y trabajo conjunto de los equipos involucrados.

Los diagnósticos deben incluir una evaluación en todos los ejes terapéuticos, contemplar el o los trastornos psiquiátricos, desarrollo de personalidad, desarrollo cognitivo y/o CI, enfermedades médicas, situación psicosocial / familiar y funcionamiento general. También se debe realizar una síntesis comprensiva e integradora que nos permita conocer y entender a la persona, detrás de los diagnósticos. Para ello se deben considerar en esta síntesis los factores protectores, de riesgo, como los precipitantes y mantenedores de la enfermedad. A esta síntesis se le llama Formulación Diagnóstica.

Los equipos de tratamiento y en especial el sistema terapéutico que se ha conformado, debieran tener una mirada de proceso terapéutico de mediano a largo plazo, con objetivos a trabajar en diferentes tiempos y con diferentes actores. Esta visualización de los objetivos a trabajar en el proceso terapéutico en red, debiera ser objetivada en un Plan de Intervención Individualizado en Red, y constantemente reevaluado, para definir tal o cual modalidad necesita el o la adolescente.

Una vez realizado el proceso diagnóstico, y definido visualizado el proceso de tratamiento en red, el equipo de la modalidad residencial elaborará, en un período de no más de 10 días, un Plan de Tratamiento Individualizado. Este es específico para cada dispositivo, se

desprende de la formulación diagnóstica y contiene los objetivos específicos y las estrategias a utilizar para este momento particular del tratamiento en red. Las necesidades y los recursos de cada caso determinan el momento de ingreso y egreso a la modalidad.

Las intervenciones entonces responden al diseño del Plan de Tratamiento Individual. Se debe tener muy presente que la intensidad de la convivencia al interior del programa residencial no puede terminar siendo mayor a la intensidad de los ajustes que cada residente debe realizar en su propio plan de vida con su red de apoyo respectiva en la medida que dicha red esté disponible para un tratamiento.

b) ¿Es posible realizar procesos de desintoxicación?

Esta será posible de realizar en el espacio residencial, pudiendo incluso ser el único objetivo del tratamiento residencial donde la duración de la desintoxicación, dependiendo de la sustancia a retirar, podría durar desde una semana a algunos meses. Para ello se deben aplicar todos los principios de un proceso de desintoxicación ambulatoria, donde el residencial provee de mayor contención y un ambiente libre de drogas, mientras se supera esta etapa, debe trabajarse con estrategias de prevención de recaídas.

Debemos recordar que esta necesidad surge cuando él o la usuaria requiera un proceso de alta contención y estructuración, sin cuidados médicos intensivos o específicamente psiquiátricos intensivos. Los casos psiquiátricamente más complejos y que requieran mayor contención y cuidado de enfermería de 24 horas, deben ser atendidos en una unidad de cuidados intensivos en psiquiatría, pues un equipo residencial no está preparado ni cuenta con las condiciones de equipamiento e infraestructura para realizar esta atención requerida.

La decisión técnica de cual modalidad elegir puede revisarse en el curso del mismo tratamiento todas las veces que sea necesario. En este sentido, la modalidad debe estar permanentemente justificada por el equipo y acordada debidamente con los usuarios del programa.

El egreso de la modalidad se acuerda resueltos los objetivos del plan de tratamiento integrar. Este plan debe rediseñarse en el curso del tratamiento para evitar confundir abandono de tratamiento con plan desajustado.

c) Integración a su comunidad:

El programa debe tener un funcionamiento abierto con el entorno social y estar vinculado con redes saludables. El tratamiento en red, debiera considerar recursos para apoyar el proceso de integración familiar y social.

Para ello un pilar es la intervención familiar y contextual. El trabajo con la familia (entendiendo el concepto ampliamente) y su contexto es tan importante y requiere tanta dedicación como la intervención directa con el o la adolescente. Hay que recordar que todo usuario vive fuera de un plan de tratamiento residencial, diríamos que toda su vida. Y es allí donde continuará ocurriendo.

La integración social, junto a la mejoría del consumo problemático, son el principal objetivo del proceso de tratamiento y deben tenerse presente desde el inicio con una mirada a la reintegración del adolescente, con las mejores herramientas posibles, en sus espacios naturales. Dependiendo de las necesidades de la y el adolescente y su familia, las acciones en torno a la integración social, tendrán mayor o menor protagonismo de acuerdo al plan elaborado por los equipos tratantes.

Es posible que en la modalidad residencial tome mayor relevancia, en un primer momento, el manejo de la crisis que ha desencadenado el ingreso a la modalidad, y en un segundo momento la integración. Esto no implica que se postergue el trabajo del objetivo de la integración, sino que la intensidad varía de acuerdo a las necesidades específicas en cada momento. Así, el o la adolescente podría iniciar colegio, trabajo u ocupaciones en un ambiente altamente protegido y contenido estando en la modalidad residencial.

Debemos recordar que el proceso psicosocial entre el equipo, el usuario y su red es psicológico, por lo tanto, existe por sobre los límites físicos del programa. Un usuario residencial vive físicamente dentro de la residencia, pero su subjetividad ocurre dentro de él y en sus relaciones. Está físicamente dentro del programa, pero sobre todo fuera de él.

La intervención biopsicosocial en un plan residencial debe considerar tanto al usuario como su red de apoyo desde un inicio, y no transformarse el programa en una solución definitiva para la inserción social. El programa es un medio y no un fin en dicho sentido

Duración de la modalidad y planificación del egreso:

Como se ha mencionado, el plan residencial es un dispositivo que cumple funciones específicas dentro de un proceso de tratamiento en red. Un dispositivo necesario cuando las necesidades de contención sean de mayor intensidad y que siempre promueva la autonomía del individuo para su desarrollo saludable dentro de su comunidad. Por ello el egreso, dando paso a una modalidad ambulatoria, debe ser visualizado desde el ingreso y plasmado en el plan de tratamiento de esta modalidad, donde las intervenciones estén orientadas a resolver o prevenir la crisis y a la mantención de la articulación con un dispositivo de menor intensidad, en el que continuará su tratamiento luego del momento residencial.

Es importante que cada equipo residencial junto a su instancia supervisora interna y externa, realice constante evaluación de permanencia en dispositivo residencial y definición de intervenciones dentro y fuera del dispositivo, sobre todo iniciado el tercer mes, ya que terminado éste es donde baja la curva de adherencia al dispositivo. Luego de dicho período, el programa debe redefinir objetivos en relación a la permanencia en la modalidad, discutirla y justificarla. En todo caso, un equipo debiera considerar la posibilidad de un alta del centro residencial desde el principio en el momento más pronto posible, resguardando la integridad física y psicológica del y la usuaria y una buena evolución del tratamiento posterior a la internación.

El objetivo principal del tratamiento residencial es contribuir a la integración personal y social del usuario. Es por ello que, en el plan de tratamiento integral a diseñar, desde el inicio debe visualizar el egreso y no la permanencia en el centro.

Por todo lo expuesto, la duración no se puede definir a priori porque es un tratamiento personalizado donde los objetivos dependen del motivo de ingreso. Dependiendo de esta pudiese ser días o algunos meses, siempre con tendencia a lo ambulatorio y a resolver y/o prevenir la crisis que hacen necesaria una intervención de mayor intensidad y estructura. Los objetivos de la modalidad residencial deben alcanzarse en el menor tiempo posible para que el tratamiento continúe ambulatoriamente.

Entonces la duración debe obedecer a objetivos generales de la modalidad que promueven la estabilización y una mayor integración personal y social.

En la dependencia a sustancias, unos de los ejes del consumo problemático, puede inducir tipos de relación usuario – equipo que tengan dinámicas de fusión, falta de límites personales, dependencia propiamente tal, y el riesgo del exceso de asistencia como dinámicas principales. En un contexto residencial las relaciones usuario – equipo son más cercanas, las dinámicas serán más intensas y vertiginosas, y pudiera esto traducirse en relaciones más dependientes. El riesgo está en el desgaste que significa y en la posibilidad de terminar funcionando de la manera que ese joven y su contexto ha funcionado durante su curso vital. En concreto, se debe tener en cuenta la duración de la modalidad residencial debe ser lo más breve posible, pensando siempre en el paso a la modalidad ambulatoria.

Considerando que los adolescentes actualmente no adhieren a más de 12 semanas en modalidad residencial, debiéramos considerar prudente como tiempo máximo de tratamiento éstas 12 semanas. Siempre al servicio del proceso de tratamiento, el tiempo en la modalidad residencial adquiere flexibilidad desde días hasta las doce semanas, dependiendo de los objetivos planteados. En este período se debe ejecutar el plan de tratamiento integral, prestando la debida contención para generar estabilidad básica desde un primer momento. Se debe proveer un ambiente estructurado para generar contexto estructurante en el período de ciclo vital del adolescente y así gestionar la crisis en un contexto de estabilidad y seguridad básica.

El tiempo de estadía en una modalidad residencial debe considerar la estabilidad del usuario (a), por un lado, y por otro la tensión deseable que debe existir en la resolución del proceso de integración social del usuario. Un programa no puede terminar resolviendo la tensión vital de un usuario y su red porque sencillamente no le es propia. El programa es un vehículo que permite transitar desde la dependencia a grados de mayor autonomía. En términos generales podemos pensar en duraciones entre los 45 y 90 días, muy inferiores a lo que esperaríamos de la población adulta.

CONCLUSIONES

El tratamiento modalidad residencial es altamente costoso y, como intervención cerrada, separa al adolescente de su entorno natural, donde principalmente debe realizar su proceso de recuperación. La evidencia científica, respecto a los logros terapéuticos, nos señalan como factores importantes la adherencia terapéutica, la participación de la familia y la planificación del egreso desde el ingreso del usuario (a) hacia una modalidad de menor intensidad.

En esta investigación, el análisis de los factores que influyen en el logro terapéutico son el número de días que se mantienen en tratamiento y el origen del usuario en consulta espontánea. Este último, nos hace pensar en los procesos motivacionales necesarios para el éxito de la modalidad, donde la voluntariedad para el tratamiento es clave en el resultado de éste.

Los resultados muestran un número importante de adolescentes con logros mínimos y solo una pequeña proporción de logro altos. Estos resultados pueden ser un aporte debido a la escasa evidencia de resultados de este tipo de modalidad de tratamiento en adolescentes. Asimismo, los factores asociados a los logros terapéuticos observados son congruentes con estudios internacionales, en particular la relación entre días de tratamiento y adherencia con mejores resultados del proceso terapéutico de la modalidad.

A pesar de que el mayor número de días de tratamiento son favorables para el logro terapéutico, la gran mayoría de los adolescentes no se mantienen por más de seis meses de la modalidad, esto es acorde con la literatura y con las necesidades propias del ciclo vital. Considerando que la enfermedad adictiva es una enfermedad de curso crónico con recaídas, parece razonable el diseño de los programas con énfasis en la continuidad de los cuidados, para que el adolescente se mantenga en tratamiento más tiempo, completando este en una modalidad ambulatoria de atención, altamente articulada con la modalidad residencial.

Se sugiere entonces, avanzar hacia una modalidad residencial diseñada al servicio de las necesidades de los y las adolescentes, en el marco de un proceso terapéutico diseñado en red, con tránsito en diferentes modalidades de acuerdo a las necesidades únicas de atención levantadas desde el diseño de un plan de intervención individual con la participación del

usuario (a) y su familia. En este proceso la voluntariedad es central y las intervenciones motivacionales también, trabajadas de manera previa al ingreso del usuario (a) al residencial.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- Bergey, E. (2008). Perspectives on Residential and Community-Bases Treatment for Youth and Families Magellan Health Services.
- Blodgett, J., Maisel, N., Fuh, I., Wilbourne, P. & Finney, J. (2014). Journal of Substance Abuse Treatment. 46(2), 10.1016/j.jsat.2013.08.022. <http://doi>. How effective is continuing care for substance use disorders? A meta-analytic review.
- CONACE. (2010). Drogas: tratamiento y rehabilitación de niños, niñas y adolescentes: orientaciones técnicas desde una mirada comprensiva evolutiva. Santiago, Chile. doi:9789567808430.
- Delile, J. & Couteron, J. (2009). Réflexions sur le traitement résidentiel des addictions. *Alcoologie Et Addictologie*, 31 (31), 27 – 35.
- Delrahim, H., Williams, T., Subramaniam, G. (2012). Understanding and Treating Adolescent Substance Abuse: A Preliminary Review. *FOCUS*, 10(3), 293-299.
- Dow, S. K. (2013). Listening to youth: Adolescents' reasons for substance use as a unique predictor of treatment response and outcome. *Psychology of Addictive Behaviors : Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*. 27(4), 10.1037/a0031065. <http://doi.org/10.1037/a0031065>.
- Feinstein, E. R. (2012). Addressing the critical health problem of adolescent substance use through health care, research, and public policy. *J Adolesc Health*. 50(5):431–436. doi: 10.1016/j.jadohealth.2011.12.033.
- Godley, M., Godley, S., Dennis M., Rodney, R., Funk, L., Passetti, L., Petry, N. (2014). A randomized trial of Assertive Continuing Care and Contingency Management for adolescents with substance use disorders. *J Consult Clin Psychol*, Feb; 82(1): 40–51.
- Green, C., Yarborough, M., Polen, M., Janoff, S., Yarborough, B. (2015). Dual Recovery among People with Serious Mental Illnesses and Substance Problems: A Qualitative

- Analysis. *Journal of Dual Diagnosis*. 11(1), 33–41. <http://doi.org/1>.
- Gunter, W., Abdel-Salam, S. (2013). Therapeutic Engagement and Posttreatment Substance Use in Adolescent TC Clients. *Journal of drugs issues*, 44(1), 22 - 36.
- Hammond, C., Mayes, L., Potenza, M. (2014). Neurobiology of Adolescent Substance Use and Addictive Behaviors: Prevention and Treatment Implications. *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews*, 25(1), 15–32.
- James, S., Alemi, Q., Zepeda, V. (2013). Children and Youth Services Review. Effectiveness and Implementation of Evidence-Based Practices in Residential Care Settings., 35(4), 642–656. <http://doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.01.007>.
- Kamins, R., Hunt, P., Tripp, J., Waxenberg, F., Bergey, E., Dinges, K., Discher, J., Leopold, M., Matyas, C., Ruiz, C., Marciano, D., Winderbaum, S., Miller, M., Hopkins, B., and Happ, B. (2008). Perspectives on Residential and Community-Bases Treatment for Youth and Families Magellan Health Services. Puyallup: Magellan Health Services Children's Services Task Force. Obtenido de <https://pdfs.semanticscholar.org/3937/0a057c4b0f3ee43c13248d1fc17fd8710f2e.pdf>
- Kelly, J., Urbanoski, K., Hoepfner, B., Slaymaker, V. (2012). “Ready, Willing, and (not) Able” to Change: Young Adults’ Response to Residential Treatment. *Drug and Alcohol Dependence*. 121(3), 224–230. <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.09>.
- Koob, G., Volkow, N. (2010). Neurocircuitry of Addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 217–238. <http://doi.org/10.1038/npp.2009.110>.
- Mark, D., Godley, S., Godley, H., Funk, R., Passetti, L. (2002). Preliminary outcomes from the assertive continuing care experiment for adolescents discharged from residential treatment. *J Subst Abuse Treat*.
- Mark, T. (2006). Characterizing substance abuse programs that treat adolescents. *Journal Substance Abuse Treatment*, 31(1), 59 – 65.
- McWhirter, P. (2008). Enhancing adolescent substance abuse treatment engagement. *Journal*

- of Psychoactive Drugs. 40(2):173–182. doi: 10.1080/02791072.2008.10400628.
- Meunier, D. (2009). Les pratiques professionnelles concernant les dispositifs de soin résidentiels du secteur médico-social en addictologie. De l'analyse des pratiques d'un réseau à l'élaboration de recommandations partagées. Paris: Fédération Addiction.
- Meyers, R., Smith, J. (1995). Clinical Guide to Alcohol Treatment: The Community Reinforcement Approach. New York: The Guilford Press.
- NAPHS. (2008). Characteristics of Residential Treatment for Children and Youth with Serious Emotional Disturbances. Associates, Inc., for the National Association of Psychiatric Health Systems (NAPHS) and the National Association for Children's Behavioral Health.
- Nathan, S., Rawstorne, P., Hayen, A., Bryant, J., Baldry, E., Ferry, M., Jayasinha, R. (2016). Examining the pathways for young people with drug and alcohol dependence: a mixed-method design to examine the role of a treatment programme. *BMJ Open*, 6(5). doi:10.1136/bmjopen-2015-010824
- Passetti, L. (2016). Continuing Care for Adolescents in Treatment for Substance Use Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, Volume 25, Issue 4 , 669 – 684.
- Proctor, S., Herschman, P. (2014). The Continuing Care Model of Substance Use Treatment: What Works, and When Is “Enough,” “Enough? *Psychiatry Journal*, 2014, 16. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1155/2014/692423>.
- Rieckmann, T., Fussell, H., Doyle, K., Ford, J., Riley, K., & Henderson, S. (2011). Adolescent substance abuse treatment: Organizational change and quality of care. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, 31(2), 80–93.
- Roozen, H., Strietman, M., Wiersema, H., Meyers, R., Lewinsohn, P., Feil, J. (2014). Engagement of pleasant activities in patients with substance use disorders: a correlational study. *Subst Abus*, 35:254-61. doi: 10.1080/08897077.2013.873760.
- Ryan, S. S. (2013). The Impact of Disruptive Behavior Disorder on Substance Use Treatment

- Outcome in Adolescents. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(5), 10.1016/j.jsat.2012.11.003.
- SENDA (2017). XII Estudio de Drogas en población general. Santiago: Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, Santiago, Chile.
- Sterling, S., Valkanoff, T., Hinman, A., Weisner, C. (2012). Integrating Substance Use Treatment Into Adolescent Health Care. *Current Psychiatry Reports*, 14(5), 453–461. <http://doi.org/10.1007/s11920-012-0304-9>.
- Thomasius, R., Sack, P., Strittmatter, E., Kaess, M. (2014). (Substanzgebrauchsstörung und nicht-substanzgebundene Süchte im DSM-5. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 42, 115–120. doi: 10.1024/1422-4917/a000278.
- Tripodi, S. (2009). A comprehensive review: methodological rigor of studies on residential treatment centers for substance-abusing adolescents. *J Evid Based Soc Work.*, Jul;6(3):288-99. doi: 10.1080/15433710802687037.
- Vanderplasschen, W., Wolf, J., Rapp, R., Broekaert, E. (2007). Effectiveness of Different Models of Case Management for Substance-Abusing Populations. *Journal of Psychoactive Drugs*, 39(1), 81–95.
- Volkow, N., Koob, G. (2015). Brain Disease Model of Addiction: why is it so controversial? *The Lancet. Psychiatry*, 2(8), 677–679. [http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00236-9](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00236-9).
- Volkow, N., Morales, M. (2015). The brain on drugs: from reward to addiction. *Cell* 162:712–725. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cell.2015.07.046>, PMID: 26276628.
- Volkow, N., Wang, G., Fowler, S., Tomasi, D. (2012). Addiction Circuitry in the Human Brain. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, 52, 321–336.

<http://doi.org/10.1146/annurev-pharmtox-010611-134625>.

- Wang, L., Lu, S., Chong, M., Chou, W., Hsieh, Y., Tsai, T., Lee, Y. (2016). A family-oriented therapy program for youths with substance abuse: long-term outcomes related to relapse and academic or social status. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 699–706. <http://doi.org/10.2147/NDT.S105199>.
- Wei, C. (2011). Correlates of motivation to change in adolescents completing residential substance use treatment. *Journal of substance abuse treatment*. 40:272-80. doi: 10.1016/j.jsat.2010.11.014.
- Whiteford, H., McKeon, G., Harris, M., Diminic, S., Siskind, D., Scheurer, R. (2014). System-level intersectoral linkages between the mental health and non-clinical support sectors: a qualitative systematic review. *Australian & New Zealand Journal*, 48(10), 895-906.
- Winters, K., Tanner-Smith, E., Bresani, E., Meyers K. (2014). Current advances in the treatment of adolescent drug use. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 5, 199–210. doi:10.2147/AHMT.S48053